

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antiemetikaregim

Behandlingsavsikt: Högemetogen, Medelemetogen

Förebyggande mot illamående (Steg 5b, 4d)

RegimID: NRB-11145

(Medelemetogen, Högemetogen)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6
Aprepitant Peroral kapsel 125 mg	x1					
Aprepitant Peroral kapsel 80 mg		x1	x1	x1		
Ondansetron Peroral tablett 8 mg	x2	x2	x2	x2		
Betametason Peroral tablett 6 mg	x1	x1	x1	x1		
Betametason Peroral tablett 4 mg					x1	
Betametason Peroral tablett 2 mg						x1
Olanzapin Peroral tablett 2,5 mg						
Vid behov						

Villkor och kontroller för administration

Aprepitant: Kapseln tas minst 1 timme före start av antitumoral behandling.

Betametason tabletter löses upp i lite vatten före intag.

Olanzapin tas med fördel till natten. Sederande.

Anvisningar för ordination

Aprepitant 125 mg ersätts med Fosaprepitant 150 mg om det ges intravenöst.

Ondansetron: Kan ges i samma dos intravenöst. Ökad risk för förstoppning under kontinuerlig användning. Patienten bör ha tillgång till laxerande medel att ta vid behov.

Betametason: Tabletter löses upp i lite vatten före intag. Kan ges i samma dos intravenöst. Kan medföra högre B-glukos hos diabetiker.

Olanzapin: Sederande neuroleptikum, tas med fördel till natten. Dosering: 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten vid behov behandlingsdygn och ett par dagar efter.

Om möjligt avsluta Betametason tidigare dvs korta svansen.

Dosjustering rekommendation

Om otillräcklig effekt höj dosen Olanzapin eller om patienten mått dåligt efter föregående regim, öka antiemetikasteget med 1-2 steg.

Använd illamåendedagbok för utvärdering.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Aprepitant _____ mg
Ges peroralt
(<i>Tas minst en timma före antitumoral behandling.</i>) | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Ondansetron _____ mg
Ges peroralt
(<i>Tas minst en timma före antitumoral behandling.</i>) | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Betametason _____ mg
Ges peroralt
(<i>Tas minst en timma före antitumoral behandling.
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.</i>) | Morgondos | _____ | _____ |
| 4. Ondansetron _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 5. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten | | | |

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Betametason _____ mg
Ges peroralt
(<i>Tas minst en timma före antitumoral behandling.
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.</i>) | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Ondansetron _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Aprepitant _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 4. Ondansetron _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 5. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten | | | |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.*)

2. **Ondansetron** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

3. **Aprepitant** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

4. **Ondansetron** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

5. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.*)

2. **Ondansetron** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

3. **Aprepitant** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

4. **Ondansetron** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

5. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt
(*Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.*)

2. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt
(*Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.*)

2. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten