Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antiemetikaregim

Behandlingsavsikt: Högemetogen, Medelemetogen
RegimID: NRB-11145

Förebyggande mot illamående (4d, Steg 5b)
(Medelemetogen, Högemetogen)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6
Aprepitant Peroral kapsel 125 mg (standarddos)	x1					
Aprepitant Peroral kapsel 80 mg (standarddos)		x1	x1	x1		
Ondansetron Peroral tablett 8 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2		
Betametason Peroral tablett 6 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1		
Betametason Peroral tablett 4 mg (standarddos)					x1	
Betametason Peroral tablett 2 mg (standarddos)						x1
Olanzapin Peroral tablett 2,5 mg (standarddos) **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: Kan ges i samma dos intravenöst. Kan medföra högre B-glukos hos diabetiker. Betametason dag 5 och 6 kan uteslutas vid behandlingar som inte ger fördröjt illamående (ta bort kortisonsvans).

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