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
RegimID: NRB-11150

Förebyggande mot illamående (4d, Steg 6)
(Högemetogen)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7
Netupitant, palonosetron (300/0,5) Peroral kapsel 300 mg (standarddos)	x1			x1			
Betametason Peroral tablett 8 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1			
Olanzapin Peroral tablett 5 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Villkor och kontroller för administration Netupitant/Palonosetron: 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.

Netupitant, palonosetron (300/0,5) Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination
Netupitant/palonosetron ersätts med: Fosaprepitant 150 mg +Palonosetron 250 µg om det skall ges intravenöst Se FASS.

Netupitant/Palonosetron är ett dubbelverkande antiemetikum som blockerar NK1-receptorer och är samtidigt en långtidsverkande 5-HT3-receptorblockerare. Under behandling och dagarna efter Netupitant/Palonosetron skall man inte ge 5-HT3-receptorblockerare eller NK-1 receptorantagonist. Netupitant/Palonosetron bör kombineras med ett kortisonpreparat. Obs! Dosen betametason $>$ 12mg skall ej överskridas, eftersom nedbrytningen av kortison hämmas av Netupitant/Palonosetron. Ökad risk för förstoppning. Patienten bör ha tillgång till laxerande medel att ta vid behov.

Betapred ges i samma dos om det ges intravenöst.

Olanzapin: Dosering: 5 mg (högst 10 mg) till natten vid behov behandlingsdygn och ett par dagar efter.

Dosjustering rekommendation
Om patienten blir mycket påverkad av 5 mg Olanzapin, sänk till 2,5 mg.

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

Använd illamåendedagbok för utvärdering.

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

1. **Netupitant, palonosetron (300/0,5)** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   (Tas minst en timma före antitumoral behandling.)

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

3. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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.)

2. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 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.)

2. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Netupitant, palonosetron (300/0,5)** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   (Tas minst en timma före antitumoral behandling.)

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

3. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Olanzapin _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Olanzapin _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____