

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

RegimID: NRB-11151

Förebyggande mot illamående (Steg 6, 5d) (Högemetogen)

Ordination/Administrering

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

Villkor och kontroller för administration

Netupitant/Palonosetron: Kapseln tas minst 1 timme före start av antitumoral behandling.

Betametason tablett löses upp i lite vatten före intag.

Olanzapin tas med fördel till natten. Sederande.

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 förstopning. 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 illamåendededagbok 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
<i>(Tas minst en timma före antitumoral behandling.)</i> | _____ | _____ |
| 2. Betametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas minst en timma före antitumoral behandling.
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)</i> | _____ | _____ |
| 3. Olanzapin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ |

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> | _____ | _____ |
| 2. Olanzapin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ |

DAG 3 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> | _____ | _____ |
| 2. Olanzapin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ |

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
<i>(Tas minst en timma före antitumoral behandling.)</i> | _____ | _____ |
| 2. Betametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas minst en timma före antitumoral behandling.
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)</i> | _____ | _____ |
| 3. Olanzapin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ |

DAG 5 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**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Olanzapin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos