

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bröstcancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Neoadjuvant

Cyklofosfamid-Docetaxel-Doxorubicin (TAC)

RegimID: NRB-1155

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Ny kur dag 22
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 250 mg/m ²	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ²	x1																					
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m ²	x1																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Docetaxel* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Kontrollera att patienten tagit premedicineringen.*Doxorubicin* - Starkt vävnadsretande. Central infarkt rekommenderas.**Anvisningar för ordination**

Blod- och leverstatus. LPK>2,5, neutrofila >1,0, TPK>100 för start.

Doxorubicin - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling, hög ålder, långvarig hypertoni, hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m². Annars max ackumulerad dos 550 mg/m².*Docetaxel*: Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

Kur 1-4: 1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

Dagen efter behandling, på morgonen tas Betapred 8 tabletter = 4 mg

Kontrollera perfier neuropati.

*Filgrastim*dos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 2. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.**Dosjustering rekommendation***Docetaxel* - dosreduktion vid betydande svårighet att tolerera behandlingen, perifier neurotoxicitet eller neutropen infektion trots G-CSF.

Leverpåverkan, se FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag->

OBS! Undvik dubbla doser kortison. Om premedicinering kortison ges av annat skäl, minska/ta bort betapred i antiemetikaregim.

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

1. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____

3. Tablett/Injektion Antiemetika _____

4. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min. 60 min. _____

5. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min. 30 min. _____

6. **Docetaxel (vattenfri)** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min. 60 min. _____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**1. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant _____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**1. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**1. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant _____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**1. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant _____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**1. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant _____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant
