

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-1155

Cyklofosfamid-Docetaxel-Doxorubicin (TAC)

Diagnoskod: C50

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 (kroppsyta)	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				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 infart 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, perfier neurotoxicitet eller neutropen infektion trots G-CSF.

Leverpåverkan, se FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-6-1-dag/>

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | | _____ | |
| 4. Doxorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | | | 60 min. | _____ | _____ |
| 5. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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
