**Datum:** _____

**Läkare:** _____

**Kur nr:** _____

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

**Yta ($m^2$):** _____ **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<br>Intravenös infusion<br>250 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>50 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Docetaxel (vattenfri)<br>Intravenös infusion<br>75 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>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.

*Filgrastimdos:* <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/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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **3.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **4.** **Doxorubicin** _____ **mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |
| **5.** **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **6.** **Docetaxel (vattenfri)** _____ **mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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**<br>Ges subkutant | | | _____ | _____ |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** **Filgrastim** _____ **ME**<br>Ges subkutant | | | _____ | _____ |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** **Filgrastim** _____ **ME**<br>Ges subkutant | | | _____ | _____ |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** **Filgrastim** _____ **ME**<br>Ges subkutant | | | _____ | _____ |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** **Filgrastim** _____ **ME**<br>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