

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

## Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-7389

**Docetaxel 75 Dostät** (Docetaxel 75 Dose dense)

Diagnoskod: C50

Kurintervall: 14 dagar

## Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1				

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

**Anvisningar för ordination**

Blod- och leverstatus. LPK &gt; 2,5, neutrofila &gt; 1,0 TPK &gt; 100 för start. Kontroll av perifer neuropati.

Filgrastimdos: &lt; 70 kg 30 ME, &gt; 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 cytotostatikaterapi.

Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

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

**Dosjustering rekommendation**

Dosreduktion vid betydande svårighet att tolerera behandlingen, perifer neurotoxicitet eller neutropen infektion.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>          | _____ | ..... |
| 3. <b>Docetaxel (vattenfri)</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | _____ | _____ |

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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