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-4839

EC 90 Dostät (Cyklofosfamid-Epirubicin 90 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
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)		x1													

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Epirubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, leverstatus (bilirubin). För behandlingsstart neutrofila $\geq$ 1,0, TPK $\geq$ 100 och Hb $\geq$ 100.

Pegfilgrastim: Får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi. Kan bytas mot Filgrastim $<$ 70 kg 30 ME, $>$ 70 kg 48 ME dag 4-11 efter cytostatikabehandling.

Epirubicin - max ackumulerad dos 1000 mg/m2.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila

Om neutrofila dag ett är 0,5-0,9 första gången, vänta tills nivå $\geq$ 1,0 och ge behandling på samma dosnivå.

Vid andra tillfället avvakta tills neutrofila $\geq$ 1,0 och reducera en dosnivå.

Om neutrofila $<$ 0,5, skjut upp en vecka och återuppta behandling på en lägre dosnivå då neutrofila är $\geq$ 1,0.

Vid TPK $<$ 100 dag ett, avvakta till TPK $\geq$ 100 och reducera med en dosnivå.

Dosnivåer:

0: Epirubicin 90 mg/m2, Cyklofosfamid 600 mg/m2.

-1: Epirubicin 75 mg/m2, Cyklofosfamid 500 mg/m2.

-2: Epirubicin 60 mg/m2, Cyklofosfamid 400 mg/m2.

Hb $<$ 100 - överväg dosreduktion med en nivå.

Antiemetika

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

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Epirubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Pegfilgrastim _____ mg** Ges subkutant			_____	_____