

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-9529

Nab-Paklitaxel veckovis

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
Paklitaxel Nab Intravenös infusion 125 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1							

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Nab-Paklitaxel - Infusionssetet för administrering ska ha ett 15 mikrometer filter.

Anvisningar för ordination

För behandlingsstart neutrofila >1,0 och TPK >100.

Veckodoser - Blodstatus inkl. neutrofila, neutrofila >1,0, TPK_≥50.

Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation

Nab-Paklitaxel - NADIR-värde för leukocyter < 2,0 och/eller neutrofila < 1,0 - ge nästa kur med 80 % av dosen.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter < 2,0 och/eller neutrofila < 1,0 - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|---------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | |
| 3. Paklitaxel Nab _____ mg
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Paklitaxel Nab _____ mg
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Paklitaxel Nab _____ mg
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |