

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bröstcancer
Trastuzumab iv (laddningsdos)

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-1178

Ordination/Administrering

Dag	1
Trastuzumab Intravenös infusion 8 mg/kg	x1

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Vid tidigare överkänslighetsreaktion ge premedicinering med T. Paracetamol 1 gram samt T. Cetirizin 10 mg 1-3 timmar före Trastuzumab.

Anvisningar för ordination

Regelbunden monitorering av vänsterkammarfunktion (var 3:e månad adjuvant och 1 ggr/år palliativt).

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. Trastuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 90 min. | 90 min. | | _____ | _____ |
| 3. Ordinerad biosimilar (får ej bytas ut):..... | | | | |