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-1189

Vinorelbin iv 25 och po 60 kontinuerlig

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
Vinorelbin Intravenös infusion 25 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Vinorelbin Peroral kapsel 60 mg/m^2 (kroppsyta)								x1							x1							

Minimalemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

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

Peroral behandling - Vid kräkning efter intag av Vinorelbin kapslar får inga nya kapslar tas.

Vinorelbin Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila och leverstatus. LPK >2,5, neutrofila >1,5, TPK >100 för start. Uppmärksamhet på bilirubin.

Vid peroral administrering - ordinera antiemetika, t.ex tablett Ondansetron 8 mg ca 1 timme före Vinorelbin.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1: Ingen rutinmässig behandling Dag 8 och 15:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin

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 _____ .....
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)
_____
_____

3. **Vinorelbin _____ mg** 10 min. _____ _____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min.

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)
_____
_____

2. **Vinorelbin _____ mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)
_____
_____

2. **Vinorelbin _____ mg** _____ _____
Ges peroralt