

**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 - Hjärntumörer

RegimID: NRB-614

**Temozolomid monoterapi-underhållsdos**

Diagnoskod: C71

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								

Lågemetogen.

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

Temozolomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

**Anvisningar för ordination**

För patienter som tidigare erhållit kemoterapi är startdosen 150 mg/m<sup>2</sup>. Om denna dos tolereras ökas dosen till 200 mg/m<sup>2</sup> inför kur 2.

Blodstatus inkl neutrofila både dag 22 och dag 28 inför ny kur men kan individualiseras. Leverfunktionsvärden bör kontrolleras.

Antiemetika rekommenderas som regel, men alla patienter behöver det inte.

**Dosjustering rekommendation**

Behandlingen skjuts upp om neutrofila granulocyter < 1,5 eller TPK < 100. Om nadir med LPK < 1,0 eller TPK < 50 reduceras dosen för nästkommande kur till 150 mg/m<sup>2</sup>.

Vid ytterligare benmärgstoxicitet enligt ovan reduceras ytterligare ett steg till 100 mg/m<sup>2</sup>. Om detta ej tolereras avbryts behandlingen.

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Temozolomid \_\_\_\_\_ mg  
Ges peroralt

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Temozolomid \_\_\_\_\_ mg  
Ges peroralt

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Temozolomid \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

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

**1. Temozolomid \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

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

**1. Temozolomid \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt