

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Huvud- och halscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-6960

**Cetuximab-Karboplatin-Fluorouracil 4-dygn, kur 2 osv.
underhållsdos**

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
Cetuximab Intravenös infusion 250 mg/m ²	x1							x1							x1							
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 4000 mg/m ²	→	→	→	→	*																	

* Pumpen kopplas bort.

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Cetuximab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Blodtryck och puls.

Infusionshastigheten får inte överstiga 10 mg/min.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

Cetuximab - premedicinering med Betapred 8 mg (intravenöst eller peroralt) och Klemastin 2 mg intravenöst.*Karboplatin*: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.**Dosjustering rekommendation**Hematologisk toxicitet

- Neutrofila 1-1,5, TPK 75-100; Eventuell uppskjutning av behandling baserat på patientens status
- Neutrofila 0,5-1, TPK 50-75; Skjut upp behandling
- Neutrofla < 0,5, TPK < 50; Skjut upp behandling och återuppta med 75% av dos Karboplatin och Fluorouracil

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|---|--|---------|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 3. Premedicinering för Cetuximab | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 4. Cetuximab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | | 1 tim. | | | |
| _____ | | | | | |
| 5. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | | | |
| _____ | | | | | |
| 6. Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg
Ges intravenöst via Bärbar infusionspump
(Efter 4 dygn kopplas pumpen bort.) | | 4 dygn | | | |
| _____ | | | | | |

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. Premedicinering för Cetuximab | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 3. Cetuximab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | | 1 tim. | | | |
| _____ | | | | | |

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. Premedicinering för Cetuximab | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 3. Cetuximab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | | 1 tim. | | | |
| _____ | | | | | |