

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
Docetaxel-Karboplatin-Fluorouracil 4-dygn

Behandlingsavsikt: Palliativ, Remissionssyftande

RegimID: NRB-7044

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
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m ²	x1																					
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 4000 mg/m ²	→	→	→	→	*																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

* Pumpen kopplas bort.

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Docetaxel - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin.

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.*Docetaxel* - Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

Dagen efter behandling, på morgonen tas Betapred 8 tabletter = 4 mg

GCSF (Filgrastim)- ges som profylaktisk behandling med start tidigast 24 timmar efter Fluorouracilinfusion har avslutats.**Dosjustering rekommendation**

Vid neutropeni, ge antibiotika: Ciprofloxacin 500 mgX2 dag 5-12.

Vid komplicerad neutropeni, eller trombocytopeni grad 4, reducera Docetaxel till 60 mg/m²Vid upprepad neutropeni, reducera ytterligare till 45 mg/m²Vid diarré eller stomatit/mukosit grad 3-4 dosreducera Fluorouracil till 3200 mg/m² och/eller Docetaxel till 60 mg/m² enligt schema i FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20110602000033>).

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

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____
3. Premedicinering för Docetaxel (vattenfri)
(Kontroll av blodtryck och puls) _____
4. **Docetaxel (vattenfri)** _____ mg 60 min.
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min.
(Kontroll av blodtryck och puls) _____
5. **Karboplatin** _____ mg 30 min.
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. _____
6. **Fluorouracil Bärbar infusionspump** _____ 4 dygn _____
mg
Ges intravenöst via Bärbar infusionspump
(Efter 4 dygn kopplas pumpen bort.) _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant _____

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

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant
