

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Livmoderkroppscancer Karboplatin-Doxorubicin liposomalt (Caelyx)

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Kurativ, Palliativ

C54

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	
Doxorubicin Liposomalt Intravenös infusion 30 mg/m ²	x1																					
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Liposomalt Intravenös infusion 30 mg/m ²								
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg								

Högemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Doxorubicin liposomalt Första dosen ges på 2 timmar, därefter ges infusionen på 1 timme.**Glukos 50 mg/ml** används som infusionsvätska och i spoldropp. *Doxorubicin liposomalt* är inkompatibelt med Natriumklorid.

Kontroll av hand-fotsyndrom, stomatit.

Karboplatin - Överkänslighetsreaktioner förekommer, särskilt om flera kurer givits, > 5 kurer.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila, elektrolytstatus inkl kreatinin och leverstatus (bilirubin). För behandlingsstart neutrofila > 1.5, TPK > 100.

Karboplatin - Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$, använd okorrigerat GFR-värde. Ger totaldos.

Cockcroft-Gault formel bör inte användas vid BMI på 25 eller högre. GFR värde över 125 ml/min bör inte användas. Maxdos vid AUC 5 är 750 mg. Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

Dosreduktion rekommendation

Neutrofila < 1,5 och/eller TPK < 100 behandlingen skjuts upp en vecka.

Dosreduktion vid nedsatt leverfunktion, se FASS.

Hand-fotsyndrom grad 2, behandlingen skjuts upp, utvärdera veckovis, se FASS.

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

250 ml Glukos 50 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

Tablett/Injektion Antiemetika

_____

Doxorubicin Liposomalt _____ **mg**

i 250 ml Glukos 50 mg/ml

60 min.

Ges intravenöst under 60 min.

Karboplatin _____ **mg**

i 500 ml Glukos 50 mg/ml

30 min.

Ges intravenöst under 30 min.
