

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

## Antitumoral regim - Lungcancer

RegimID: NRB-2459

**Karboplatin-Etoposid iv dag 1, po dag 2-3**

Diagnoskod: C34

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
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x1	x1																			

Högemetogen.

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

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >2,0.

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

*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.

*Etoposid peroral* - Dagliga doser över 200 mg bör delas upp så att de ges 2 gånger dagligen. Etoposidkapslar finns i styrkan 50 mg.

**Dosjustering rekommendation***Hematologisk toxicitet*

NADIR-värde för leukocyter < 2,0 och/eller neutrofila < 1,0 - ge nästa kur med 80 % av doserna för båda läkemedlen.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter < 2,0 och/eller neutrofila < 1,0 - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

*Albumin*

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75 % pga högre biotillgänglighet.

DAG 1	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.	Tablett/Injektion Antiemetika					_____	.....
	_____						
	_____						
3.	<b>Karboplatin _____ mg</b>			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Glukos 50 mg/ml						
	Ges intravenöst under 30 min.						
4.	<b>Etoposid _____ mg</b>			60 min.		_____	_____
	i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml						
	Ges intravenöst under 60 min.						

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	<b>Etoposid _____ mg</b>					_____	_____
	Ges peroralt						

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	<b>Etoposid _____ mg</b>					_____	_____
	Ges peroralt						