

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Matstrups- och
 magsäckscancer
Cisplatin-Fluorouracil 5 x 24 timmar (PF)

Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Kurativ, Neoadjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-714

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
Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1																					
Fluorouracil Intravenös infusion 750 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1																	

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vikt eller diureskontroll.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inklusive kreatinin. Kontroll av neurotoxicitet inklusive hörselnedsättning.

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

Neutrofila >1,5 och TPK >75 för behandlingsstart.

Vid samtidig strålbehandling överväg filgrastim 0,5 ME/kg dag 7-15 eller pegfilgrastim 6 mg, dag 7. Start tidigast 24 timmar efter avslutad behandling med Fluorouracil.

Cisplatin - under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.

Dosjustering rekommendation

Vid genomgången neutropen feber och kurativ behandlingsintention överväg att komplettera med G-CSF under följande kurer.

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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>	2 tim.		_____	.....
4. Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - posthydrering</i>	1 tim.		_____	.....
6. Vikt eller diureskontroll.			.....
7. Fluorouracil _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____

DAG 2 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. Fluorouracil _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____

DAG 3 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. Fluorouracil _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____

DAG 4 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. Fluorouracil _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |

DAG 5 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. Fluorouracil _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |