Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Matstrups- och magsäckscancer

RegimID: NRB-683

Docetaxel-FLV (Docetaxel-Fluorouracil-Kalciumfolinat)

Diagnoskod: C15

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**Ny kur dag 15**
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 45 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Fluorouracil Intravenös injektion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													
Kalciumfolinat (vattenfri) Intravenös injektion 60 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Behandlingen uppskjutes tills neutrofila >/=1,5 och TPK >/=75.

Premedicinering dag 1 - 1 timme före Docetaxel tas Betapred 16 tabletter = 8 mg.

Dosjustering rekommendation

Vid genomgången neutropen feber eller oacceptabla biverkningar överväg dosreduktion till 75%.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-2a-2dgr/

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* *(Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering med Betapred tabletter)*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Docetaxel (vattenfri) _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4.	**Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Paus ca 30 minuter innan Kalciumfolinat ges)*	3 min.		_____	_____
5.	**Kalciumfolinat (vattenfri) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* *(T Betapred 0,5 mg 8 st på morgonen.)*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Paus ca 30 minuter innan Kalciumfolinat ges)*	3 min.		_____	_____
4.	**Kalciumfolinat (vattenfri) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____