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-684

FLIRI (Fluorouracil-Kalciumfolinat-Irinotekan)

Diagnoskod: C16.9

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Irinotekan Intravenös infusion 180 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Fluorouracil Intravenös injektion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 60 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Paustiden mellan Fluorouracil och Kalciumfolinat är ungefärlig.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Kontroll av GI-biverkningar.

Neutrofila >/= 1,5 och TPK >/= 75. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar återgått till grad 0-1.

Irinotekan: Premedicinering, ge subkutant Atropin 0,25 mg mot akut kolinergt syndrom. Om symtom uppstår, ge ytterligare subkutant Atropin 0,25 mg. Dosen kan upprepas.

Dosjustering rekommendation

Har patienten haft GI-biverkningar av grad 2 rekommenderas dosreduktion till 75% av Irinotekan och Fluorouracil.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin OBS! Interaktion Irinotekan Apripetant, använd inte steg 5b

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*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. Premedicinering för Irinotekan			_____	.....
4. **Irinotekan _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Paus 30 minuter.)*	3 min.		_____	_____
6. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ 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*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Paus 30 minuter.)*	3 min.		_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____