**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-716

# **FLOX** (Fluorouracil-Kalciumfolinat-Oxaliplatin)

Diagnoskod: C15.9-18.9

Kurintervall: 14 dagar

## Ordination/Administrering

| **Dag** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **Ny kur dag 15** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Oxaliplatin<br>Intravenös infusion<br>85 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluorouracil<br>Intravenös injektion<br>500 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Intravenös injektion<br>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. Behandling skjuts upp till neutrofila >1,5 eller TPK >75.

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom – förläng infusionstiden till 2-6 timmar.

Om samtidig strålbehandling rekommenderas dosreduktion av Fluorouracil till 70-75%.

**Dosjustering rekommendation**

Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och/eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin.

## DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Oxaliplatin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Fluorouracil _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Paus 30 minuter.)* | 3 min. | | _____ | _____ |
| **5.** **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Fluorouracil _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Paus 30 minuter.)* | 3 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min. | 3 min. | | _____ | _____ |