

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
Karboplatin-Fluorouracil 5 x 24 timmar
 Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-842

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

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Kontroll av blod inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin. För behandlingsstart neutrofila >1,5 och TPK >75.

Överväg vid samtidig strålbehandling att ge filgrastim 0,5 ME/kg dag 6-15 eller pegfilgrastim 6 mg dag 6. Start tidigast 24 timmar efter avslutad behandling med Fluorouracil.

Dosjustering rekommendation

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

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. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. 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>Intravenös infusion - hydrering</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. | | _____ | _____ |