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-921

Oxaliplatin-Fluorouracil 5 x 24 tim under strålbehandling

Diagnoskod: C15.9-C16.9

Kurintervall: 21 dagar

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
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Fluorouracil Intravenös infusion 750 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Behandlingen skjuts upp tills neutrofila >1,5 och TPK >75.

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

G-CSF bör övervägas vid samtidig strålbehandling. Dos filgrastim 0,5 ME/kg och dygn dag 7-14. Om peg-filgrastim används ges istället 6 mg tidigast 24 timmar efter cytostatika.

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 _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

3. **Oxaliplatin _____ mg** 1 tim. _____ _____
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.

4. **Fluorouracil _____ mg** 24 tim. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 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 _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

3. **Fluorouracil _____ mg** 24 tim. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 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 _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

3. **Fluorouracil _____ mg** 24 tim. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 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 _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

3. **Fluorouracil _____ mg** 24 tim. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Fluorouracil _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____