

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Matstrups- och  
magsäckscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-2240

**Trastuzumab iv (laddningsdos 8 mg/kg)****Ordination/Administrering**

Dag	1
Trastuzumab Intravenös infusion 8 mg/kg (kroppsvikt)	x1

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Vid tidigare överkänslighetsreaktion ge premedicinering med T. Paracetamol 1 gram samt T. Cetirizin 10 mg 1-3 timmar före Trastuzumab.

**Antiemetika**

Ingen rutinmässig behandling

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |         |       |       |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>       |  |         | _____ | ..... |
| 2. <b>Trastuzumab</b> _____ <b>mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 90 min. |  | 90 min. | _____ | _____ |
| 3. Ordinerad biosimilar (får ej bytas ut):.....  |  |         | ..... | ..... |