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-2240

Trastuzumab iv (laddningsdos 8 mg/kg)

Diagnoskod: C16

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