

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Matstrups- och
magsäckscancer

RegimID: NRB-923

Trastuzumab iv (underhållsdos, 14 dagar)

Diagnoskod: C16

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Trastuzumab Intravenös infusion 4 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

Anvisningar för ordination

Vid > 1 veckas förskjutning av behandling ska ny laddningsdos ges.

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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Trastuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | | | | | | | | | 30 min. | | | | | |
| 3. Ordinerad biosimilar (får ej bytas ut):..... | | | | | | | | | | | | | | | |