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 - Neuroendokrina tumörer

RegimID: NRB-1572

Karboplatin - Etoposid (iv dag 1, po dag 2-3)

Diagnoskod: högproliferativ NEC

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
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 200 mg/m^2 (kroppsyta)		x1	x1																			

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kontroll av blodstatus, Kreatinin, clearance (Cystatin C, Iohexol, kreatininclearence eller motsvarande)

Etoposid Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination

Hb >= 100, Neutrofila >= 1,0, TPK >= 100, GFR >20

Karboplatin – Calverts formel: Dos (mg) = AUC (mg/(ml/min) x (GFR (ml/min) +25)

AUC – valbart, i denna regim 5; GFR – använd okorrigerat värde

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet

Neutrofila 1,5-1,0 ge 80% av doser båda preparat.

Neutrofila <1,0 och/eller TPK < 100 , skjut upp behandling en vecka.

Lågt albumin

Vid serum-albumin <30 överväg 75-80 % dos Etoposid.

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. **Karboplatin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____	_____
4. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.	_____	_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	_____	.....
2. **Etoposid _____ mg** Ges peroralt		_____	_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	_____	.....
2. **Etoposid _____ mg** Ges peroralt		_____	_____	_____