

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

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

## Antitumoral regim - Prostatacancer

RegimID: NRB-6110

**Docetaxel varannan vecka**

Diagnoskod: C61

Kurintervall: 14 dagar

## Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Prednisolon Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Lågemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion, störst risk vid kur 2.

Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

**Anvisningar för ordination**

Blod- och leverstatus, P-glukos. För behandlingsstart neutrofila &gt;1,5 och TPK &gt;100. Kontroll av perifer neuropati.

Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason 8 mg, tas/ges 1 timme före Docetaxel.

Osteoporosprofylax ska ges eftersom mer än 3 månaders behandling med Prednisolon förväntas. Den basala kastrationsbehandlingen ska behållas under behandlingen.

**Dosjustering rekommendation***Hematologisk toxicitet*

Neutrofila &lt; 1,5 eller TPK &lt; 100 - behandlingen skjuts upp en vecka.

Om nadir för neutrofila < 0,5 och varar mer än en vecka dosreduceras i fortsättningen till 40 mg/m<sup>2</sup>.**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

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

- |  |  |           |         |       |       |
|--|--|-----------|---------|-------|-------|
| 1. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering   |  |           |         | ..... |       |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                 |  |           |         | _____ | ..... |
| 3. <b>Docetaxel (vattenfri)</b> _____ <b>mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. |  |           | 60 min. | _____ | _____ |
| 4. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  |  | Morgondos |         | _____ | _____ |

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |       |       |
|---|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednisolon</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
|---|--|-----------|--|-------|-------|

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt