

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Prostatacancer

RegimID: NRB-6111

Docetaxel veckovis

Diagnoskod: C61

Kurintervall: 42 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
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 30 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Prednisolon Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	Ny kur dag 43
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 30 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1														
Prednisolon Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	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 >1,5 och TPK>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 < 1,5 eller TPK < 100 - behandlingen skjuts upp en vecka.

Om nadir för neutrofila < 0,5 och varar mer än en vecka dosreduceras i fortsättningen till 25 mg/m².

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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | |
| 3. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 8 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | |
| 3. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 15 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | |
| 3. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 22 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | |
| 3. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 29 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
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. **Docetaxel (vattenfri)** _____ mg 30 min.
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. _____
4. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 33 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 34 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 35 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 36 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 37 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg
Ges peroralt _____

DAG 38 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednisolon _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 39 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednisolon _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 40 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednisolon _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 41 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednisolon _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 42 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednisolon _____ **mg**

Ges peroralt