

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-6112

Kabazitaxel

Diagnoskod: C61

Kurintervall: 21 dagar

Ordnation/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	
Kabazitaxel Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)	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	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion, speciellt vid första infusionen. Blodtryck och puls vid kur 1 och 2.

Vid administrering och beredning använd:

- infusionsbehållare fritt från PVC
- infusionsset fritt från polyuretan
- in-line filter 0,22 mikrom vid infusion

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila-, elektrolyter, leverstatus, kreatinin och P-glukos. För behandlingsstart neutrofila > 1.5 och TPK > 100.

Premedicinering - peroral behandling med Betametason 8 mg och Desloratadin 10 mg minst 30 minuter före infusionen.

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

Tillägg av profylaktisk G-CSF sker efter individuell bedömning.

Vid diarré ge Loperamid och säkerställ hydrering och elektrolytbalans.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Neutrofila > 1,5 och TPK > 100 - ge fulldos.

Neutrofila < 1,5 och TPK < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

Diarré ≥ grad 3 eller ihållande diarré trots adekvat medicinsk behandling och rehydrering samt elektrolytsubstitution, rekommenderas behandlingssuppehåll till symptomfrihet. Därefter dosreduktion till 15 mg/m².*Perifer neuropati* - ≥ grad 2 avvakta behandling tills förbättring. Överväg annan terapi alternativt dosreduktion till 15 mg/m².

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. Premedicinering för Kabazitaxel
(Betametason 8 mg och Desloratadin 10 mg minst 30 minuter före infusionen) | | | | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | | | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | | | _____ | _____ |
| 4. Kabazitaxel _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | | | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 5. 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. 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. 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