

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Stödregim

RegimID: NRB-9733

Filgrastim subkutant (G-CSF)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)		x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1					

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion.
Tas med fördel på kvällen.
Injektionerna administreras subkutant tex. i låret, buken eller överarmen.

Anvisningar för ordination

Etablerad cytostatikaterapi: Filgrastim kan ordineras 0,5 ME/ kg alternativt vid användande av förfyllda sprutor enligt fastdos: Filgrastimdosis: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME.
Ordinera det antal dagar samt ange vilken dag i kuren som är startdag för inj Filgrastim.
Daglig dosering av filgrastim bör fortsätta till dess att förväntat nadir för neutrofila granulocyter har passerats och antalet neutrofila granulocyter har normaliserats.
Biverkningar i form av influensaliknande symtom, växtvärk i ben, kan avhjälpas med exempelvis Paracetamol 1000 mg vid behov.
Alternativ till Filgrastim är engångsdos Pegfilgrastim, se regim Pegfilgrastim.

Dosjustering rekommendation

DAG 2

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta ja nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

2. Anges som dag 2, då det skall gå minst 24 timmar efter avslutad cyto-

statikainfusion, dvs dagen efter avslutad kur.

Startdag kan även vara senare än dag 2, följ ordinerad startdag och antal

behandlingsdagar.

DAG 3

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta ja nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant
