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 - Tjock- och ändtarmscancer

RegimID: NRB-1969

FLOX (Fluorouracil-Kalciumfolinat-Oxaliplatin)

Diagnoskod: C18-C20

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Fluorouracil Intravenös injektion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 60 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Paustiden mellan Fluorouracil och Kalciumfolinat är ungefärlig.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Behandling skjuts upp till neutrofila >1,5 eller TPK >75.

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom – förläng infusionstiden till 2-6 timmar.

Om samtidig strålbehandling rekommenderas dosreduktion av Fluorouracil till 80%.

Dosjustering rekommendation

Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och/eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin.

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. **Oxaliplatin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
4. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Paus 30 minuter.)*	3 min.		_____	_____
5. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____

DAG 2

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. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Paus 30 minuter.)*	3 min.		_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____