

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

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

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Huvud- och halscancer

RegimID: NRB-711

**Cetuximab-Cisplatin-Fluorouracil 5-dygn (kur 2 osv, underhållsdos)**

Diagnoskod: C00-C14

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Cetuximab Intravenös infusion 250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1							x1							x1							
Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 5000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	→	→	→	→	→	*																

\* Pumpen kopplas bort.

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration***Cetuximab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Blodtryck och puls.*Cisplatin* - Vikt eller diureskontroll.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin. Kontroll av neurotoxicitet inklusive hörselnedsättning.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

*Cetuximab* -Risk för infusionsrelaterad reaktion, IRR. Premedicinering med kortison och antihistamin, t ex Betapred 8 mg iv/po och Desloratadin 5-10 mg, minst en timme före start varje kur.*Cisplatin* - under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/>, Dag 8+15: <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. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |  |        | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |        | _____ | ..... |
| 3. Premedicinering för Cetuximab   |  |        | _____ | ..... |
| 4. <b>Cetuximab _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.<br><i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i>      |  | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>  |  | 2 tim. | _____ | ..... |
| 6. <b>Cisplatin _____ mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.  |  | 1 tim. | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - posthydrering</i>   |  | 1 tim. | _____ | ..... |
| 8. Vikt eller diureskontroll   |  |        | ..... |       |
| 9. <b>Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg</b><br>Ges intravenöst via Bärbar infusionspump<br><i>(Efter 5 dygn kopplas pumpen bort.)</i> |  | 5 dygn | _____ | _____ |

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

- |   |  |        |       |       |
|---|--|--------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |  |        | _____ | ..... |
| 2. Premedicinering för Cetuximab  |  |        | _____ | ..... |
| 3. <b>Cetuximab _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.<br><i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i> |  | 1 tim. | _____ | _____ |

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |        |       |       |
|---|--|--------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |  |        | _____ | ..... |
| 2. Premedicinering för Cetuximab  |  |        | _____ | ..... |
| 3. <b>Cetuximab</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.<br><i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i> |  | 1 tim. | _____ | _____ |