

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-1156

Docetaxel 100

Diagnoskod: C50

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
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

Anvisningar för ordination

Blod- och leverstatus. LPK>2,5, neutrofila >1,0, TPK>100 för start. Kontroll av perifer neuropati.

Docetaxel - Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

Dagen före behandling ges Betapred 6 mg morgon och kväll.

Dag 1 och 2 ges Betapred 6 mg (totalt 24 mg).

Filgrastimdos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 2. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion vid betydande svårighet att tolerera behandlingen, perifer neurotoxicitet eller neutropen infektion trots G-CSF.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag>

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. 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 60 min. | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | _____ | _____ |
|---|-------|-------|