

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - bröstcancer

RegimID: NRB-1159

Docetaxel-Epirubicin

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 75 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Epirubicin Intravenös infusion 75 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Docetaxel* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.*Epirubicin* - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.**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:

1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

Dagen efter behandling, på morgonen tas Betapred 8 tabletter = 4 mg

Filgrastim dos: < 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.*Epirubicin* - max ackumulerad dos 1000 mg/m².**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. | | | 60 min. | _____ | _____ |
| 4. Epirubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | | 30 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 | | | | _____ | _____ |
|--|--|--|--|-------|-------|