

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Prostatacancer

RegimID: NRB-6111

Docetaxel veckovis

Diagnoskod: C61

Kurintervall: 42 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
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 30 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Prednisolon Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	Ny kur dag 43
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 30 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1														
Prednisolon Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion, störst risk vid kur 2.

Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

Anvisningar för ordination

Blod- och leverstatus, P-glukos. För behandlingsstart neutrofila >1,5 och TPK>100. Kontroll av perifer neuropati.

Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason 8 mg, tas/ges 1 timme före Docetaxel.

Osteoporosprofylax ska ges eftersom mer än 3 månaders behandling med Prednisolon förväntas. Den basala kastrationsbehandlingen ska behållas under behandlingen.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Neutrofila < 1,5 eller TPK < 100 - behandlingen skjuts upp en vecka.

Om nadir för neutrofila < 0,5 och varar mer än en vecka dosreduceras i fortsättningen till 25 mg/m².

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 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 8 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 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 15 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 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 22 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 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 29 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 30 min. | _____ | 30 min. _____ |
| 4. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 33 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 34 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 35 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 36 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 37 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 38 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 39 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 40 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 41 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 42 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg**
Ges peroralt