

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-4839

EC 90 Dostät (Cyklofosfamid-Epirubicin 90 Dose dense)

Diagnoskod: C50

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)		x1													

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Epirubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordinationKontroll av blod-, leverstatus (bilirubin). För behandlingsstart neutrofila $\geq 1,0$, TPK ≥ 100 och Hb ≥ 100 .

Pegfilgrastim: Får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi. Kan bytas mot Filgrastim < 70 kg 30 ME, > 70 kg 48 ME dag 4-11 efter cytostatikabehandling.

Epirubicin - max ackumulerad dos 1000 mg/m².**Dosjustering rekommendation****Neutrofila**Om neutrofila dag ett är 0,5-0,9 första gången, vänta tills nivå $\geq 1,0$ och ge behandling på samma dosnivå.Vid andra tillfället avvakta tills neutrofila $\geq 1,0$ och reducera en dosnivå.Om neutrofila < 0,5, skjut upp en vecka och återuppta behandling på en lägre dosnivå då neutrofila är $\geq 1,0$.Vid TPK < 100 dag ett, avvakta till TPK ≥ 100 och reducera med en dosnivå.

Dosnivåer:

0: Epirubicin 90 mg/m², Cyklofosfamid 600 mg/m².-1: Epirubicin 75 mg/m², Cyklofosfamid 500 mg/m².-2: Epirubicin 60 mg/m², Cyklofosfamid 400 mg/m².

Hb < 100 - överväg dosreduktion med en nivå.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

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

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Epirubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Pegfilgrastim _____ mg
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|