

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Stödregim

RegimID: NRB-9733

Filgrastim subkutant (G-CSF)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)		x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1					

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion.

Tas med fördel på kvällen.

Injektionerna administreras subkutant tex. i låret, buken eller överarmen.

Anvisningar för ordination*Etablerad cytostatikaterapi:* Filgrastim kan ordineras 0,5 ME/ kg alternativt vid användande av förfyllda sprutor enligt fastdos: Filgrastimdos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME.

Ordinera det antal dagar samt ange vilken dag i kuren som är startdag för inj Filgrastim.

Daglig dosering av filgrastim bör fortsätta till dess att förväntat nadir för neutrofila granulocyter har passerats och antalet neutrofila granulocyter har normaliserats.

Biverkningar i form av influensaliknande symtom, växtvärk i ben, kan avhjälpas med exempelvis Paracetamol 1000 mg vid behov.

Alternativ till Filgrastim är engångsdos Pegfilgrastim, se regim Pegfilgrastim.

Dosjustering rekommendation**DAG 2** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant _____

2. Anges som dag 2, då det skall gå minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion, dvs dagen efter avslutad kur.

Startdag kan även vara senare än dag 2, följ ordinerad startdag och antal behandlingsdagar.

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant _____

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