

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antiemetikaregim

Behandlingsavsikt: Högemetogen

RegimID: NRB-11151

Förebyggande mot illamående (Steg 6, 5d)
(Högemetogen)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8
Netupitant, palonosetron (300/0,5) Peroral kapsel 300 mg (standarddos)	x1			x1				
Betametason Peroral tablett 8 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1			
Olanzapin Peroral tablett 5 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Villkor och kontroller för administration

Netupitant/Palonosetron: Kapseln tas minst 1 timme före start av antitumoral behandling.

Betametason tabletter löses upp i lite vatten före intag.

Olanzapin tas med fördel till natten. Sederande.

Netupitant, palonosetron (300/0,5) Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Netupitant/palonosetron ersätts med: Fosaprepitant 150 mg +Palonosetron 250 µg om det skall ges intravenöst Se FASS.

Netupitant/Palonosetron är ett dubbelverkande antiemetikum som blockerar NK1-receptorer och är samtidigt en långtidsverkande 5-HT3-receptorblockerare. Under behandling och dagarna efter Netupitant/Palonosetron skall man inte ge 5-HT3-receptorblockerare eller NK-1 receptorantagonist. Netupitant/Palonosetron bör kombineras med ett kortisonpreparat. Obs! Dosen betametason > 12mg skall ej överskridas, eftersom nedbrytningen av kortison hämmas av Netupitant/Palonosetron. Ökad risk för förstoppning. Patienten bör ha tillgång till laxerande medel att ta vid behov.

Betapred ges i samma dos om det ges intravenöst.

Olanzapin: Dosering: 5 mg (högst 10 mg) till natten vid behov behandlingsdygn och ett par dagar efter.

Dosjustering rekommendation

Om patienten blir mycket påverkad av 5 mg Olanzapin, sänk till 2,5 mg.

Om otillräcklig effekt höj dosen Olanzapin eller om patienten mått dåligt efter föregående regim, öka antiemetikasteget med 1 steg.

Använd illamåendedagbok för utvärdering.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Netupitant, palonosetron (300/0,5)** _____
mg
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.*)

2. **Betametason** _____ **mg**
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.*
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)

3. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason** _____ **mg**
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.*
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)

2. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason** _____ **mg**
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.*
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)

2. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Netupitant, palonosetron (300/0,5)** _____
mg
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.*)

2. **Betametason** _____ **mg**
Ges peroralt
(*Tas minst en timma före antitumoral behandling.*
Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)

3. **Olanzapin** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Betametason _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timma före antitumoral behandling.

Hela dosen löses upp i lite vatten före intag.)

2. Olanzapin _____ mg

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Olanzapin _____ mg

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Olanzapin _____ mg

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Olanzapin _____ mg

Kvällsdos

Ges peroralt