

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Neuroendokrina tumörer

RegimID: NRB-2988

Karboplatin - Etoposid (iv dag 1, po dag 2-3)

Diagnoskod: högproliferativ NEC

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
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m ² (kroppsyta)		x2	x2																			

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av blodstatus, Kreatinin, clearance (Cystatin C, Iohexol, kreatininclearance eller motsvarande)

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordinationHb \geq 100, Neutrofila \geq 1,0, TPK \geq 100, GFR $>$ 20

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Etoposid peroralt - Biotillgänglighet peroralt är dosberoende. 100 mg po jämförbar med 75 mg iv; 400 mg po med 200 mg iv. Variabilitet hos samma patient (d.v.s. mellan kurer) är större vid po dos än efter iv dos, se FASS. Peroral daglig dos över 200 mg delas upp i två dostillfällen. Etoposidkapslar finns i styrkan 50 mg.

Dosjustering rekommendation**Hematologisk toxicitet**

Neutrofila 1,5-1,0 ge 80% av doser båda preparat.

Neutrofila $<$ 1,0 och/eller TPK $<$ 100 , skjut upp behandling en vecka.**Lågt albumin**Vid serum-albumin $<$ 30 överväg 75-80 % dos Etoposid.

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. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | _____ | |
| 2. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 3. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | _____ | |
| 2. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 3. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |