

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Prostatacancer

RegimID: NRB-9069

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

Diagnoskod: C61

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 cirka 50 %. Dagliga doser över 200 mg bör delas upp så att de ges 2 gånger dagligen. 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 | _____ | _____ | _____ |