

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-1939

Temozolomid

Diagnoskod: C25.4, C34.9H, C34.9X

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m ² (kroppsyta)								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av Blodstatus inklusive neutrofila. Leverstatus omkontrolleras enligt individuell bedömning.

Sjuksköterska telefonkontroll med patient enligt individuell överenskommelse med patient.

Temozolomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordinationHb \geq 100, Neutrofila \geq 1,5, TPK \geq 100**Dosjustering rekommendation****Hematologisk toxicitet:**Om neutrofila $<$ 1,5 eller TPK $<$ 100, skjut upp behandlingen 1 vecka, omstart på samma dosnivå om lab normaliserat.Om neutrofila $<$ 1,0 eller TPK $<$ 50, (nadir eller inför kur) skjut upp behandling 1 vecka och reducera dos till nästa lägre dosnivå.Dosnivåer är 200mg/m², 150 mg/m² och 100mg/m².**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. Temozolomid _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **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. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos
