

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Matstrups- och  
magsäckscancer

RegimID: NRB-923

**Trastuzumab iv (underhållsdos, 14 dagar)**

Diagnoskod: C16

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Trastuzumab Intravenös infusion 4 mg/kg (kroppsvikt)	x1														

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Vid tidigare överkänslighetsreaktion ge premedicinering med T. Paracetamol 1 gram samt T. Cetirizin 10 mg 1-3 timmar före Trastuzumab

**Anvisningar för ordination**

Vid &gt; 1 veckas förskjutning av behandling ska ny laddningsdos ges.

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 2. <b>Trastuzumab</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 min. |  |  |  |  |  |  |
| 3. Ordinerad biosimilär (får ej bytas ut):.....  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |