Datum: _____ Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Gemcitabin/Docetaxel(Taxotere)

(Sarkom)

Inf Gemcitabin	900 mg/m^2	Dag 1 och 8
Inf Docetaxel	80-100 mg/m^2	Dag 8
*Inj G-CSF	300µg / 30 ME < 70 kg 480µg / 48 ME > 70 kg	Dag 9 tom 16 (= 8 dagar)

*G-CSF ordineras vid 100 mg/m^2 Docetaxel.

Inför varje behandling: Blodstatus, Neutr.
Kur 1-2: Pat övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT.
****Om** över 185 mg Docetaxel så skall det blandas i 500 ml NaCl istället för 250 ml.
Cykelintervall: 21 dagar.
Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.
Före Dag 8: Kortisonschema för högdos Docetaxel.

DAG 1 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling

T/Inj Betapred 4 mg po/iv _____ _____

Inf Gemcitabin_____mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min _____ _____
Start _____
Stopp _____

Peroral profylax **Ssk.sign** **Läk.sign**

Kortisonschema vid behandling med högdos Docetaxel _____ _____

Dag 8: Patienten ska ha tagit kortison enl. schema kvällen innan och på morgonen 1 tim före behandling.

DAG 8 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling

T/Inj Betapred (Kontrollera att patienten tagit hemma kvälls o morgondos) _____
T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv _____ _____

Inf Gemcitabin_____mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min _____ _____
Start _____
Stopp _____

Tim 0 kl_____ Bltr_____ Puls_____

Inf Docetaxel _____mg iv i 250** ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____ _____
Start _____
Stopp _____

Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr_____ Puls_____

kvällsdos kl_____ **T Betapred** 8 mg po _____

DAG 9 -16 **Kryssa i valt alternativ** **Ssk.sign** **Läk.sign**

***Start av Inj G-CSF** sc 300µg /30 ME
480µg /48 ME _____ _____
Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan)

Godkänd av:_____ Läkarens underskrift: _____