

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Cisplatin/5-FU (kontinuerligt 5-FU dropp) (Gyn ca)

Inf Cisplatin	30 mg/m ²	Dag 1-3
Inf 5-FU	15-20 mg/kg/dygn	Dag 1-5

Inför kur 1: P Cystatin C, Krea
Efter kur: Antiemetikaschema nr 1
Cykelintervall 21 dagar

DAG 1	beställs till kl _____	avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____				
Inj Ondansetron 8 mg iv _____				
Inj Betapred 8 mg iv _____				
Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K. Inf.tid 1tim _____				
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2tim _____				
			Start	_____
kl _____ vikt _____ Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg _____				
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim _____				
			Start	_____

DAG 2	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____			
Inj Ondansetron 8 mg iv _____			
Inj Betapred 8 mg iv _____			
Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K. Inf.tid 1tim _____			
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2tim _____			
			Start
kl _____ vikt _____ Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg _____			
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim _____			
			Start

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____			
Inj Ondansetron 8 mg iv _____			
Inj Betapred 8 mg iv _____			
Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K. Inf.tid 1tim _____			
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2tim _____			
			Start
kl _____ vikt _____ Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg _____			
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim _____			
			Start

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 4	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg		_____	_____
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
	Start	_____	_____

DAG 5	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg		_____	_____
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
	Start	_____	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____