

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Carboplatin/5FU

(Head-neck)

Inf Carboplatin	AUC 6	Dag 1
Inf 5FU	1000 mg/ m ²	Dag 1-5

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr, Krea, P Cystatin C.**Cykelintervall:** 21dagar.**Mellandagsprover:** Blodstatus, Neutr Dag 14/16.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 1.***G-CSF** ges dag 6-15 vid efterföljande kurer om problem med neutropeni /neutropen feber.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign Läk sign****Inj Ondansetron** 8 mg iv _____**Inj Betapred** 8 mg iv _____**Inf Carboplatin** _____ mg iv i 500 ml Glukos 50 mg/ml Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim _____

Start _____

DAG 2 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign Läk sign****Inj Ondansetron** 8 mg iv _____**Inj Betapred** 8 mg iv _____**Inf 5-FU** _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim _____

Start _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift _____

DAG 3	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk sign	Läk sign
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
	Start	_____	_____

DAG 4	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk sign	Läk sign
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
	Start	_____	_____

DAG 5	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk sign	Läk sign
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
	Start	_____	_____

G-CSF profylax (om tidigare neutropeni enl ovan)

DAG 6-15	Kryssa i valt alternativ	Ssk.sign	Läk.sign
*Start av Inj G-CSF sc	300 µ /30 ME <input type="checkbox"/> < 70 kg		
	480 µ /48 ME <input type="checkbox"/> > 70 kg	_____	_____
Som skall ges 1g/dag i ca 10 dagar (se ovan)			

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift _____