

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

Cisplatin veckovis under strålbeh

(head-neck)

Inf Cisplatin	40 mg/m ²	Dag 1
----------------------	----------------------	-------

Inför kur 1: P-Cystatin, Krea, Audiometri.

Inför varje behandling: Blodstatus, Neutr. (Följ S-Krea inför var tredje kur.)

OBS! Ge Cisplatin infusion före strålbehandling, starta tidigast 10 timmar innan.

Under kur: Vikt x 2. Om viktuppgång >2 kg ges inj Furix 40 mg iv.

Cykelintervall: 7 dagar, under påg SB. Start v 1.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 2.

KUR nr _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign** **Läk sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

kl _____ vikt _____

Inf NaCl 1000 ml iv, Inf.tid 1 tim _____

Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

kl _____ vikt _____ Viktökning > 2 kg ge T/Inj Furix 40 mg _____

Peroral profylax

Ssk.sign **Läk.sign**

Antiemetikaschema nr 2 _____

KUR nr _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign** **Läk sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

kl _____ vikt _____

Inf NaCl 1000 ml iv, Inf.tid 1 tim _____

Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

kl _____ vikt _____ Viktökning > 2 kg ge T/Inj Furix 40 mg _____

Peroral profylax

Ssk.sign **Läk.sign**

Antiemetikaschema nr 2 _____

KUR nr _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign** **Läk sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

kl _____ vikt _____

Inf NaCl 1000 ml iv, Inf.tid 1 tim _____

Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

kl _____ vikt _____ Viktökning > 2 kg ge T/Inj Furix 40 mg _____

Peroral profylax

Ssk.sign **Läk.sign**

Antiemetikaschema nr 2 _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift _____