

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

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

HEAD-NECK

Inf Cisplatin	75 mg/m ²	Dag 1
Inf 5-FU	1000 mg/m ² /dygn	Dag 1-5

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr, P Cystatin C, Krea.

Inför kur 1: Audiometri, samt audiometri vid hörselpåverkan.

Under kur: vikt x 2 dag 1. Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg.

Cykelintervall: 21 eller 28 dagar, se dosreduktion.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

Mellandagsprover: Blodstatus, neutr. Dag: 11 och 15.

***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**

	kl _____	vikt _____		
K Emend 125 mg			_____	_____
Inj Ondansetron 8 mg iv			_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv			_____	_____
Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K, iv. Inf.tid 1.5 tim	Start kl _____		_____	_____
Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K, iv. Inf.tid 1.5 tim			_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim			Start _____	_____
			Stopp _____	_____
Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K + 5 mmol Mg, iv. Inf.tid 1 tim			Start _____	_____
			Stopp _____	_____
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg	kl _____	vikt _____	_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim			Start _____	_____
			Stopp _____	_____

DAG 2 beställs till kl _____ **Ssk.sign** **Läk.sign**

	kl _____	vikt _____		
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg			_____	_____
K Emend 80 mg			_____	_____
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 _____	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg		_____	
K Emend 80 mg			
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 _____	

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

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

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: _____