

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

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

Inf Cisplatin	100 mg/m ²	Dag 1
Inf 5-FU	750 mg/m ² /dygn	Dag 1-5

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

Inför kur 1: Audiometri.

Kur 2 och 3: Samtidig strålbehandling.

Inj G-CSF 0.6 mg/ml, 0.5 ml sc Dag 6-15 (>80 kg 0.96mg/ml, 0.5 ml sc).

Mellandagsprover, Blodstatus, neutr. Dag: 8, 11, 15, och 18.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

Cykelintervall 21 dagar.

Alla kurer: Vikt x 2

Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.

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

kl _____ vikt _____

K Emend 125 mg po

Inj Ondansetron 8 mg iv

Inj Betapred 8 mg iv

Inf NaCl 1000 ml + 20 mmol K, iv. Inf.tid 1.5 tim

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 _____

kl _____ vikt _____

Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg

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

Start _____
Stopp _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg		_____	
K Emend 80 mg po		_____	_____
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
Samtidigt infunderas:		Start _____	
		Stopp _____	
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
		Start _____	

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg		_____	
K Emend 80 mg po		_____	_____
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
Samtidigt infunderas:		Start _____	
		Stopp _____	
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
		Start _____	

DAG 4	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg		_____	
Inj Betapred 4 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
Samtidigt infunderas:		Start _____	
		Stopp _____	
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
		Start _____	

DAG 5	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg		_____	
Inj Betapred 4 mg iv		_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
Samtidigt infunderas:		Start _____	
		Stopp _____	
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		_____	_____
		Start _____	

DAG 6	OBS! Ordination för flera dagar!	Ssk.sign	Läksign
Start av Inj G-CSF s c som skall ges 1g/dag i 10 dagar (se ovan)		_____	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____