

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

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

Inf Oxaliplatin	85 mg/m ²	Om samtidig strålbehandling	Dag 1
Inf Oxaliplatin	130 mg/m ²		Dag 1
Inf 5-FU	750 mg/m ² /dygn		Dag 1-5

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

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 dag 1. Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.

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

kl _____ vikt_____ kl _____ vikt_____

Inj Ondansetron 8 mg iv _____**Inj Betapred** 8 mg iv _____

Endast Glukos i droppaggregat samt i spoldroppet.

Inf Oxaliplatin _____ mg iv i 500 ml Glucos 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 _____

Samtidigt infunderas:

Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim _____

Start _____

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

kl _____ vikt_____ kl _____ vikt_____

Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 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 _____

Stopp _____

Samtidigt infunderas:

Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim _____

Start _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____		
Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.		_____	_____
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 _____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		Stopp _____	_____
		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 _____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		Stopp _____	_____
		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 _____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim		Stopp _____	_____
		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: _____