

EP sid 1/2

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

EP
(Seminom)

Inf Etoposid	100 mg/m ²	Dag 1-5
Inf Cisplatin	20 mg/m ²	Dag 1-5

Inför kur 1: Audiogram.**Inför varje kur:** Blodstaus, Neutr, Cystatin C, Krea, leverstatus.**Tumörmarkörer:** HCG, AFP tas dag 1, 5 och 15**Under kur:** Vikt x 2. Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.**Om GFR är <60 ml/min** skall Cisplatin reduceras enligt schema.**Cykelintervall:** 21 dagar.**Efter kur:** dvs dag 6: Antiemetikaschema nr 5.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign Läk.sign****Po. tas 1 tim före behandling**

Vikt _____ kl _____

K Emend 125 mg po _____**T/Inj Ondansetron** 8 mg po/iv _____**T/Inj Betapred** 8 mg po/iv _____**Inf Ringer-acetat** 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim _____**Inf Cisplatin** _____ mg iv. **blandas i samma påse som Etoposid** } _____

Start _____

Stopp _____

Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.

Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg _____

DAG 2 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign Läk.sign****Po. tas 1 tim före behandling**

Vikt _____ kl _____

T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv _____**T/ Inj Betapred** 8 mg po/iv _____**Inf Ringer-acetat** 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim _____**Inf Cisplatin** _____ mg iv. **blandas i samma påse som Etoposid** } _____

Start _____

Stopp _____

Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.

Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 3	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
Po. tas 1 tim före behandling			
Vikt _____ kl _____			
K Emend 80 mg po			
T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv			
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv			
Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim			
		Start	_____
		Stopp	_____
Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim			
Inf Cisplatin _____ mg iv. blandas i samma påse som Etoposid }			
		Start	_____
		Stopp	_____
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.			
Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg			

DAG 4	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
Po. tas 1 tim före behandling			
Vikt _____ kl _____			
T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv			
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv			
Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim			
		Start	_____
		Stopp	_____
Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim			
Inf Cisplatin _____ mg iv. blandas i samma påse som Etoposid }			
		Start	_____
		Stopp	_____
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.			
Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg			

DAG 5	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
Po. tas 1 tim före behandling			
Vikt _____ kl _____			
K Emend 80 mg po			
T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv			
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv			
Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim			
		Start	_____
		Stopp	_____
Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim			
Inf Cisplatin _____ mg iv. blandas i samma påse som Etoposid }			
		Start	_____
		Stopp	_____
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.			
Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg			

Peroral profylax	Ssk.sign
Antiemetikaschema nr 5.	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____