

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Cetuximab/FOLFIRI (Irinotekan/DeGramont)

(GI)

Inf Cetuximab	500 mg/m ²	(avrundas till jämnt 100-tal)	Dag 1
Inf Irinotekan	180 mg/m ²		Dag 1
Inf Calciumfolinat	200 mg/m ²	(avrundas till jämna 50-tal)	Dag 1
Inj 5-FU	400 mg/m ² bolus	(avrundas till jämna 50-tal)	Dag 1
Inf 5-FU	2800 mg/m ² /46 h	(avrundas till jämna 100-tal)	Dag 1 till 3

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.**Patienten** övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT. Läkare skall finnas tillgänglig de första 10 minuterna av infusionstiden.**Kur 1:** Ge infusion på 2 tim, därefter kan de ges på 1 tim.**Cykelintervall:** 14 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 3 med start dag 2 i kuren.**Förse patienten** med Loperamidschema.**DAG 1**

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign**Inj Betapred** 8 mg iv

(ges vid kur 1-2)

Inj Betapred 4 mg iv

(ges fr.o.m. kur 3)

Inj Ondansetron 8 mg iv

Inj Tavegyl 2 mg iv Ges 30 min innan start av Cetuximab

Innan start av Cetuximab Kl _____ Bltr _____ Puls _____

Ringa in inf tid

Inf Cetuximab _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 1 tim eller 2 tim

Start

15 min efter Cetuximabstart, sedan v.b.: Kl _____ Bltr _____ Puls _____

Stopp

Paus 60 min. Endast under kur nr 1, efter följande kurer utan paus.

Inj Atropin 0.25 mg sc

Irinotekan och Calciumfolinat startas samtidigt!

Inf Irinotekan _____ mg iv i 250 ml NaCl Inf.tid 1 tim

Start

Stopp

Inf Calciumfolinat _____ mg iv i 500 ml NaCl Inf.tid 1 tim

Start

Stopp

Inj 5-FU _____ mg iv bolus Inj.tid 2-3 min

Inf 5-FU _____ mg kontinuerlig infusionspump 46 tim

Start

Behandling vid en allergisk reaktion orsakat av Cetuximab – se lokala instruktioner!**Peroral profylax****Ssk.sign****Antiemetikaschema nr 3.**

DAG 3**Ssk.sign**

Patienten kommer åter för bortkoppling av den kontinuerliga infusionspumpen

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____