

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Epirubicin/Docetaxel (Taxotere)

(Bröstca.)

Inf Epirubicin	90 mg/m ²	Dag 1
Inf Docetaxel	75 mg/m ²	Dag 1
Inj G-CSF	300µg/30 ME till patienter < 70 kg } 480µg/48 ME till patienter > 70 kg }	Dag 4 -11

Endast inför kur 1: ASAT, ALAT, Bilirubin.**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr.**Mellanprov:** Blodstatus, Neutrofila dag 12.**Kur 1-2:** Pat övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT.**OBS!** Lever och hjärtfunktion.**Cykelintervall:** 21 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 6.**DAG 1**

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign**Po. tas 1 tim före behandling****K Emend** 125 mg po **1 timme före behandling** kl _____*Ge endast en av nedanstående antiemetika***T Palonosetron (Aloxi)** 500 µg po (*alt iv, enl nedan*)**Inj Palonosetron (Aloxi)** 250µg iv*eller***T/Inj Ondansetron** 8 mg po/iv} **patient < 50 år****patient > 50 år****T/Inj Betapred** 8 mg po/iv**Inf Epirubicin** _____ mg iv i 500 ml NaCl Inf.tid 1 tim

Start _____

Stopp _____

1 timmes uppehåll

kl _____ Bltr _____ Puls _____

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

Start _____

Stopp _____

Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____

På kvällen kl _____ **T Betapred** 4 mg po**Peroral profylax****Ssk.sign****Antiemetikaschema nr 6.****DAG 4-11****Kryssa i valt alternativ****Ssk.sign Läk.sign****Start av Inj G-CSF** sc 300µg/30 ME

480µg/48 ME

som skall ges 1g/dag i ca 8 dagar (se ovan)

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____