

Datum: \_\_\_\_\_  
Kur: \_\_\_\_\_  
Yta: \_\_\_\_\_

Patientdata

## Trastuzumab iv/Docetaxel

(Bröstca.)

Inf Trastuzumab (Herceptin)	8 mg/kg laddningsdos	<input type="checkbox"/> inf tid 90 min	Dag 1 kur 1
Inf Trastuzumab (Herceptin)	6 mg/kg underhållsdos	<input type="checkbox"/> inf tid 30 min	Dag 1, resterande cykler
Inf Docetaxel*	75-100 mg/m <sup>2</sup>		Dag 1
Inj G-CSF**	300 µg/30 ME till patienter < 70 kg 480 µg/48 ME till patienter > 70 kg	}	Dag 4 -11

**Endast inför kur 1:** ASAT, ALAT, Bilirubin.

**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr.

**Mellanprov:** Blodstatus dag 9 (nadir).

**Före kur:** Kortisonschema för lågdos / högdos Docetaxel.

**Kur 1-2:** Pat övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT. Läkare ska finnas tillgänglig de första 10 min av infusionstiden. (Docetaxel).

**Cykelintervall:** 21 dagar.

**OBS!** Leverfunktion!

**LVEF** mätning med hjärtscint eller U-ljud var tredje månad.

**OBS!** Om LVEF < 50% eller en markant försämring jämfört med föregående, kontakta läkare.

\*Om över 185 mg Docetaxel så skall det blandas i 500 ml NaCl istället för 250 ml.

**Lågdos:** \*\*G-CSF ges dag 4-11 vid efterföljande kurer om problem med neutropeni /neutropen feber.

**Peroral profylax**

**Ringa in valt alternativ**

**Ssk.sign**

Kortisonschema vid behandling med **lågdos / högdos** Docetaxel

\_\_\_\_\_

**Om högdos Docetaxel:**

**Patienten ska ha tagit kortison enl. schema kvällen innan och på morgonen 1 tim före behandling.**

**DAG 1**

beställs till kl \_\_\_\_\_ avvakta ja nej

**Ssk.sign Läk.sign**

<b>Po. tas 1 tim före behandling</b>			
<b>T/Inj Betapred</b> 8 mg po/iv (Kontrollera att patienten tagit hemma)		_____	_____
<b>Tim 0</b> kl _____ Bltr _____ Puls _____ Vid laddn.dos kontinuerlig övervakning första 15 min.			
<b>Inj Trastuzumab</b> _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid _____ min (Laddn dos 90 min/ U-hålls dos 30 min)		Start _____	_____
		Stopp _____	
Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____			
<b>Inf Docetaxel</b> _____ mg iv i *250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim		Start _____	_____
Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____		Stopp _____	
<b>kvällsdos</b> kl _____ <b>T Betapred</b> 8 mg po		_____	_____

**\*\*G-CSF profylax** (Ges **alltid vid högdos**, annars om tidigare neutropeni enl ovan vid lågdos)

**DAG 4-11**

**Kryssa i valt alternativ**

**Ssk.sign Läk.sign**

<b>Start av Inj G-CSF</b> sc	300 µg/30 ME 480 µg/48 ME	_____	_____
som skall ges 1g/dag i ca 8 dagar (se ovan)			

Godkänt av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

HL/MAE 150109