

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

Patientdata

## Trastuzumab sc/Docetaxel

(Bröstca.)

Inj Trastuzumab (Herceptin)	600 mg/ 5 ml	Dag 1
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.

**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 ska 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 0kl</b> _____ Bltr _____ Puls _____		
<b>Inj Trastuzumab</b> 600 mg sc. Inj tid 2-5 min.	_____	_____
Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____		
<b>Inf Docetaxel</b> _____ mg iv i *250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim		
Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____	Start	_____
	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: \_\_\_\_\_