

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Veckovis Cisplatin under pågående strålbehandling

(gyn)

Inf Cisplatin	40 mg/m ²	MAX dos Cisplatin = 70mg/kur
---------------	----------------------	------------------------------

Inför kur 1: P Cystatin C.

Före varje behandling: Blodstatus, Neutr, Na, K, Krea, Mg.

Ge Cisplatin-infusion före stålbehandling, starta tidigast 10 timmar innan strålbehandling.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 3.

Vikt x 2 dag 1. Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg.

Cykelintervall 1 gång/vecka under påg. SB. Start v 1. Totalt 6 beh., max.

VECKA _____ **DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

kl _____ vikt _____

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

Inf NaCl 9 mg/ml 1000 ml iv. Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____

kl _____ vikt _____

Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg _____

VECKA _____ **DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

kl _____ vikt _____

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

Inf NaCl 9 mg/ml 1000 ml iv. Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____

kl _____ vikt _____

Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg _____

VECKA _____ **DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

kl _____ vikt _____

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

Inf NaCl 9 mg/ml 1000 ml iv. Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim _____

kl _____ vikt _____

Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

MAE/BT 110420

VECKA _____	DAG 1	beställs till kl _____	avvakta	ja	nej	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____	vikt _____						
Inj Ondansetron 8 mg iv						_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv						_____	_____
Inf NaCl 9 mg/ml 1000 ml iv. Inf.tid 1 tim						_____	_____
						Start	
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim						_____	_____
kl _____	vikt _____						
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg						_____	

VECKA _____	DAG 1	beställs till kl _____	avvakta	ja	nej	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____	vikt _____						
Inj Ondansetron 8 mg iv						_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv						_____	_____
Inf NaCl 9 mg/ml 1000 ml iv. Inf.tid 1 tim						_____	_____
						Start	
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim						_____	_____
kl _____	vikt _____						
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg						_____	

VECKA _____	DAG 1	beställs till kl _____	avvakta	ja	nej	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____	vikt _____						
Inj Ondansetron 8 mg iv						_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv						_____	_____
Inf NaCl 9 mg/ml 1000 ml iv. Inf.tid 1 tim						_____	_____
						Start	
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim						_____	_____
kl _____	vikt _____						
Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg						_____	

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____