

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Cetuximab veckovis under strålbehandling underhållsdos

(Head-Neck)

Inf Cetuximab 250 mg/m² (avrundas t närmaste 100-tal) UNDERHÅLLSDOS Veckovis behandling**Inför varje kur (= vecka):** Blodstatus, Neutr, Albumin.

Patienten övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT. Läkare skall finnas tillgänglig de första 10 minuterna av infusionstiden.

Från kur 2 osv: Kan underhållsdos ges på 1 tim. (Kur 1, ges infusion på 2 tim).**Cykelintervall:** 7 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 1.**Behandling vid en allergisk reaktion orsakat av Cetuximab – se lokala instruktioner!**Vecka _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Betapred** 8 mg i (ges endast de två första kurerna) _____**Inj Tavegyl** 2 mg iv ges 30 min innan start kl _____

Innan start av Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Inf Cetuximab _____ mg iv i 500 ml NaCl, inf tid 1 tim _____

Om komplikationsfritt tidigare!

Start _____

Stopp _____

Efter avslutad Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Vecka _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Betapred** 4mg iv _____**Inj Tavegyl** 2 mg iv ges 30 min innan start kl _____

Innan start av Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Inf Cetuximab _____ mg iv i 500 ml NaCl, inf tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

Efter avslutad Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Vecka _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Betapred** 4 mg iv _____**Inj Tavegyl** 2 mg iv ges 30 min innan start kl _____

Innan start av Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Inf Cetuximab _____ mg iv i 500 ml NaCl, inf tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

Efter avslutad Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Vecka _____ beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Betapred** 4 mg iv _____**Inj Tavegyl** 2 mg iv ges 30 min innan start kl _____

Innan start av Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Inf Cetuximab _____ mg iv i 500 ml NaCl, inf tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

Efter avslutad Cetuximab: kl _____ Bltr _____ Puls _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

MAE/LC 120412