

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Cisplatin/Etoposid

”Harvardschema” (Estesioneuroblastom)

Inf Etoposid	100 mg/m ²	Dag 1-3
Inf Cisplatin	33 mg/m ²	Dag 1-3

Inför kur 1: Krea, P Cystatin C och Audiometri. Vid hörselnedsättning/påverkan förnyad audiometri.
Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.
Under kur: Om viktökning 2 kg ge T/Inj 40 mg Furix.
Mellandagsprov: Blodstatus dag 8.
Cykelintervall: 14 dagar.
Efter kur: Antiemetikaschema nr 5.

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

Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf Etoposid _____ mg iv 500 ml NaCl, Inf.tid 30 min		_____	_____
	start	_____	_____
	stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv, inf tid 1 tim		_____	_____
	start	_____	_____
	stopp	_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim		_____	_____
	start	_____	_____
	stopp	_____	_____

DAG 2 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv		_____	_____
Inf Etoposid _____ mg iv 500 ml NaCl, Inf.tid 30 min		_____	_____
	start	_____	_____
	stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv, inf tid 1 tim		_____	_____
	start	_____	_____
	stopp	_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim		_____	_____
	start	_____	_____
	stopp	_____	_____

Godkänt av _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 3	beställs till kl _____	avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
Inj Ondansetron 8 mg iv			_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv			_____	_____
Inf Etoposid _____ mg iv 500 ml NaCl, Inf.tid 30 min			_____	_____
		start	_____	_____
		stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv, inf tid 1 tim			_____	_____
		start	_____	_____
		stopp	_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim			_____	_____
		start	_____	_____
		stopp	_____	_____

Peroral profylax	Ssk.sign	Läk.sign
Antiemetikaschema nr 5.	_____	_____

Godkänt av _____ Läkarens underskrift: _____