

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata

Kur: \_\_\_\_\_

Yta: \_\_\_\_\_

**Cisplatin/5-FU (5-FU pump)**

HEAD-NECK

Inf Cisplatin	75 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1
Inf 5-FU	1000 mg/m <sup>2</sup> /dygn	Dag 1-5

**Inför kur 1:** Audiometri, samt audiometri vid hörselpåverkan.**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr, P Cystatin C, Krea.**Under kur:** vikt x 2 dag 1. Inj/T Furix 20 mg vid viktökning >1 kg.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 6 med start dag 2 i kuren.**Mellandagsprover:** Blodstatus, neutr. Dag: 11 och 15.**\*G-CSF** ges dag 6-15 vid efterföljande kurer om problem med neutropeni /neutropen feber.**DAG 1** beställs till kl \_\_\_\_\_ avvakta ja nej **Ssk.sign Läk.sign**

kl _____ vikt _____		
<b>K Emend</b> 125 mg po		_____
<b>Inj Ondansetron</b> 8 mg iv		_____
<b>Inj Betapred</b> 8 mg iv		_____
<b>Inf NaCl</b> 1000 ml + 20 mmol K, iv. Inf.tid 1.5 tim Start kl _____		_____
<b>Inf NaCl</b> 1000 ml + 20 mmol K, iv. Inf.tid 1.5 tim		_____
<b>Inf Cisplatin</b> _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 1 tim		_____
	Start	_____
	Stopp	_____
<b>Inf NaCl</b> 1000 ml + 20 mmol K.+ 5 mmol Mg, iv. Inf.tid 1 tim		_____
	Start	_____
	Stopp	_____
kl _____ vikt _____ Inj/T Furix 20 mg iv vid viktökning >1 kg		_____
Dygnsdos 5-FU _____ mg		_____
<b>Inf 5-FU</b> _____ mg iv. Kontinuerlig infusionspump på 5 dygn		_____
	Start	_____

**Peroral profylax****Ssk.sign Läk.sign****Antiemetikaschema nr 6.****DAG 6****Ssk.sign Läk.sign****Patienten kommer åter för bortkoppling av infusionspumpen.** Avslut \_\_\_\_\_**G-CSF profylax (om tidigare neutropeni enl ovan)****DAG 6-1 5 Kryssa i valt alternativ****Ssk.sign Läk.sign****\*Start av Inj G-CSF** sc 300 µ /30 ME  < 70 kg480 µ /48 ME  > 70 kg

Som skall ges 1g/dag i ca 10 dagar (se ovan)

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