

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Bevacizumab/Karboplatin/Paklitaxel

(Lungca)

Inf Bevacizumab (Avastin)	15 mg/kg		Dag 1
Inf Paklitaxel	200 mg/m ²	Max 400 mg	Dag 1
Inf Karboplatin	AUC 6		Dag 1

Inför kur 1: Blodstatus, Neutr, Krea och P Cystatin C.**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr, Krea, U-protein..**Ta** urinsticka dagen före eller samma dag som kur, om proteinuri (>+1) avvakta med inf Bevacizumab och kontakta läkare! Vg se under fliken kontrollschema vid proteinuri vid Bevacizumab behandling.**Om** blodtrycket > 150/90 avvakta med inf Bevacizumab och kontakta läkare!**Ge** inf Bevacizumab nr 1 på 90 min, om det går bra; ge inf nr 2 på 60 min, om det går bra; ge fortsatta infusioner på 30 min.**Ge** första infusionen före cytostatika, resterande infusioner kan ges före eller efter.**OBS!** Risk för gastrointestinal perforation, sämre sårhelingsprocess.**Kur 1-2:** Pat övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT. Läkare ska närvara de första 10 min av infusionstiden.**För att minska risken för akuta infusionsreaktioner skall kur 1 och 2 med Paklitaxel ges enligt följande:** Starta infusionen med hastigheten 50 ml/timme under de första 15 minuterna. Om ingen reaktion uppträder ökas infusionshastigheten sedan under påföljande 15 min till den dubbla. Om ingen reaktion uppträtt under de första 30 minuterna ges resterande mängd infusion med ordinarie hastighet.**Cykelintervall:** 21 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 4.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign Läk.sign****Po. tas 2 tim före behandling eller iv 1 tim före**

BT _____ P _____ U-protein _____

T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv**T/ Inj Betapred** 8 mg po/iv**T/ Inj Tavegyl** 2 mg po/iv

Vikt _____

T. Ranitidin 150 mg po alt. (**alt iv**, enl nedan)**Inf Zantac** 50 mg iv i 100 ml NaCl. Inf.tid 10 min**Inf Bevacizumab** _____ mg iv i 100 ml NaCl. inf.tid 90/60/30 min

Start _____

Stopp _____

PVC fritt filter och aggregat till Paklitaxel.**Inf Paklitaxel** _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim

Start _____

Stopp _____

Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____

Inf Karboplatin _____ mg iv i 500 ml Glucos. Inf.tid 30 min

Start _____

Stopp _____

Peroral profylax**Ssk.sign****Antiemetikaschema nr 4.**

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____