

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

Carboplatin/5FU

(Esofagus)

Inf Carboplatin	AUC 6	Dag 1
Inf 5FU	750 mg/m ² /dygn	Dag 1-5

Inför varje kur: Blostatus, Neutr, Krea, P Cystatin C.
Kur 2 och 3: Samtidig strålbehandling.
Inj G-CSF 0.6 mg/ml, 0.5 ml sc dag 6-15 (>80 kg 0.96mg/ml, 0.5 ml sc).
Cykelintervall 21.
Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.
Mellandagsprover: Blodstatus, Neutr. dag: 8, 11,15 och 18.

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

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
Inf Carboplatin _____ mg iv i 500 ml Glukos 50 mg/ml Inf.tid 1 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim	_____	_____
Start	_____	_____

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

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
Inf Carboplatin _____ mg iv i 500 ml Glukos 50 mg/ml Inf.tid 1 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim	_____	_____
Start	_____	_____

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 Carboplatin _____ mg iv i 500 ml Glukos 50 mg/ml Inf.tid 1 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim	_____	_____
Start	_____	_____

DAG 4 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign Läk sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
Inf Carboplatin _____ mg iv i 500 ml Glukos 50 mg/ml Inf.tid 1 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim	_____	_____
Start	_____	_____

DAG 5 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk sign Läk sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
Inf Carboplatin _____ mg iv i 500 ml Glukos 50 mg/ml Inf.tid 1 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf 5-FU _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim	_____	_____
Start	_____	_____
Stopp	_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv Inf.tid 12 tim	_____	_____
Start	_____	_____

DAG 6 OBS! Ordination för flera dagar! **Ssk.sign Läksign**

Start av **Inj G-CSF** sc som skall ges 1g/dag i 10 dagar (se ovan) _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift _____