

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

Patientdata

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

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

## Docetaxel(Taxotere)/Gemcitabin

(Esofagus)

Inf Docetaxel	30 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1, 8, 15 och 22
Inf Gemcitabin	1000 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1 och 15

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

Kur 1-2: Pat övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT.

Cykelintervall 35 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

<b>DAG 1</b>	beställs till kl _____ avvakta ja nej	<b>Ssk.sign</b>	<b>Läk.sign</b>
<b>Tim -1</b>	kl _____ <b>Inj Betapred 8 mg iv</b>	_____	_____
<b>Tim 0</b>	kl _____ Bltr _____ Puls _____		
<b>Inf Docetaxel</b>	_____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim	_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
Bltr kontroll +15 min kl _____	Bltr _____ Puls _____		
<b>Tim 1</b>	kl _____		
<b>Inf Gemcitabin</b>	_____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min	_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
<b>Tim 11</b>	kl _____ <b>T Betapred 8 mg po</b>	_____	_____

<b>DAG 8</b>	beställs till kl _____ avvakta ja nej	<b>Ssk.sign</b>	<b>Läk.sign</b>
<b>Tim -1</b>	kl _____ <b>Inj Betapred 8 mg iv</b>	_____	_____
<b>Tim 0</b>	kl _____ Bltr _____ Puls _____		
<b>Inf Docetaxel</b>	_____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim	_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
Bltr kontroll +15 min kl _____	Bltr _____ Puls _____		
<b>Tim 11</b>	kl _____ <b>T Betapred 8 mg po</b>	_____	_____

Godkänd av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

DAG 15		beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
<b>Tim -1</b>	kl _____	<b>Inj Betapred 8 mg iv</b>	_____	_____
<b>Tim 0</b>	kl _____	Bltr _____ Puls _____		
<b>Inf Docetaxel</b>	_____ mg iv i 250 ml NaCl.	Inf.tid 1 tim	_____	_____
			Start _____	
			Stopp _____	
Bltr kontroll +15 min	kl _____	Bltr _____ Puls _____		
<b>Tim 1</b>	kl _____			
<b>Inf Gemcitabin</b>	_____ mg iv i 250 ml NaCl.	Inf.tid 30 min	_____	_____
			Start _____	
			Stopp _____	
<b>Tim 11</b>	kl _____	<b>T Betapred 8 mg po</b>	_____	_____

DAG 22		beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
<b>Tim -1</b>	kl _____	<b>Inj Betapred 8 mg iv</b>	_____	_____
<b>Tim 0</b>	kl _____	Bltr _____ Puls _____		
<b>Inf Docetaxel</b>	_____ mg iv i 250 ml NaCl.	Inf.tid 1 tim	_____	_____
			Start _____	
			Stopp _____	
Bltr kontroll +15 min	kl _____	Bltr _____ Puls _____		
<b>Tim 11</b>	kl _____			
<b>T Betapred 8 mg po</b>			_____	_____

Godkänd av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_