

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Cetuximab/FLIRI (Irinotekan + FLV)

(GI)			
Inf Cetuximab	500 mg/m ²	(avrundas till jämnt 100-tal)	Dag 1
Inf Irinotekan	180 mg/m ²		Dag 1
Inj 5-FU	500 mg/m ²	(avrundas till jämna 50-tal)	Dag 1-2
Inj Calciumfolinat	100 mg		Dag 1-2

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.**Patienten** övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT. Läkare skall finnas tillgänglig de första 10 minuterna av infusionstiden.**Kur 1:** Ge infusion på 2 tim, därefter kan de ges på 1 tim.**Cykelintervall:** 14 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 3.**Förse patienten** med Loperamidschema.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Betapred** 8 mg iv (ges vid kur 1-2) _____**Inj Betapred** 4 mg iv (ges fr.o.m. kur 3) _____**Inj Ondansetron** 8 mg iv _____**Inj Tavegyl** 2 mg iv Ges 30 min innan start av Cetuximab _____

Innan start av Cetuximab Kl _____ Bltr _____ Puls _____

Ringa in inf tid

Inf Cetuximab _____ mg iv i 500 ml NaCl, inf tid 1 tim eller 2 tim _____

15 min efter Cetuximabstart, sedan v.b.: Kl _____ Bltr _____ Puls _____

Start _____

Stopp _____

Paus 60 min. Endast under kur nr 1, efterföljande kurer utan paus.

Inj Atropin 0.25 mg sc _____**Inf Irinotekan** _____ mg iv i 250 ml NaCl Inf.tid 1 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inj 5-FU _____ mg iv bolus Inj.tid 2-3 min _____**Efter 30 - 40 min:****Inj Calciumfolinat** 100 mg iv bolus Inj.tid 2-5 min _____**Behandling vid en allergisk reaktion orsakat av Cetuximab – se lokala instruktioner!****DAG 2** beställs till kl _____ **Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Ondansetron** 8 mg iv _____**Inj Betapred** 4 mg iv _____**Inj 5-FU** _____ mg iv bolus Inj.tid 2-3 min _____**Efter 30 - 40 min:****Inj Calciumfolinat** 100 mg iv bolus Inj.tid 2-5 min _____**Peroral profylax** _____**Ssk.sign****Antiemetikaschema nr 3.** _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____