

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Cetuximab/FLOX

(GI)

Inf Cetuximab	500 mg/m ²	(avrundas till jämnt 100-tal)	Dag 1
Inf Oxaliplatin	85 mg/m ²		Dag 1
Inj 5-FU	500 mg/m ²	(avrundas till jämna 50-tal)	Dag 1 och 2
Inj Calciumfolinat	100 mg		Dag 1 och 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.**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	Start	_____
	Stopp	_____
15 min efter Cetuximabstart, sedan v.b.: kl _____ Bltr _____ Puls _____		
OBS! Endast Glukos i droppaggregat samt i spoldroppet		
Inf Oxaliplatin _____ mg iv i 500 ml Glukos Inf.tid 30-60 min	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 _____