

Navn – CPR. nr.	Sygehus, afd.
------------------------	----------------------

Vejledning:

Dette Flow Sheet anvendes som afdelingens behandlings- og undersøgelsesskema (side 1) samt registreringsskema (side 2). På øverste linie er angivet observationsuge. Herunder anføres de aktuelle datoer. På undersøgelseskemaet er med O angivet de anbefalede undersøgelser. På registreringsskemaet er de obligatoriske undersøgelser markeret ved indrammede felter. Disse felter rummer samtidig de oplysninger, som skal indberettes til DBCG. Data indberettes online via DBCG's hjemmeside (www.dbcg.dk).

År	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Uge nr.		24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57
		Dag, md.													
Inf. Zoledronsyre ¹⁾															
Adjuverende strålebehandling ²⁾			○												
Tabl. Tamoxifen 20 mg dgl. (præmenopausale) ³⁾				○								○			
Tabl. Letrozol 2,5 mg dgl. (postmenopausale) ³⁾				○								○			
OFS ⁴⁾															
Trastuzumab ⁵⁾			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Objektiv us. ⁶⁾				○								○			
Registrering af bivirkninger				○								○			
Hgb., leuk., neutro., tromb.															
LVEF (%)				○								○			

1) Ved OFS eller hos postmenopausale patienter. 2 gange årligt i ca. 4 år. Dosis modificeres afhænging af S-Ca⁺⁺ og S-Keatinin.

2) Loco-regional strålebehandling gives i henhold til DBCG's retningslinier.

3) Hvis tumor er ER positiv. Starter 3 uger efter sidste serie kemoterapi.

4) LHRH Antagonist, Ooforektomi, Aktinisk kastration.

5) Hvis tumor er HER2 positiv. Starter 3 uger efter 3. serie kemoterapi.

Trastuzumab kan gives enten i.v. (støddosis 8 mg/kg og vedligeholdelsesdosis 6mg/kg) eller gives subkutant: dosis 600 mg s.c.

6) Omfatter undersøgelse med hensyn til recidiv i cikatrice/residuale mamma, modsidig mamma, regionale lymfeknuder.

Evt. bemærkninger.

Navn – CPR. nr.		Sygehus, afd.													
År	Uge nr.	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57		
		Dag, md.													
Zoledronsyre															
Adjuverende strålebehandling 0 = Nej, 1 = Ja															
Tamoxifen (mg)															
Letrozol (mg)															
OFS															
Trastuzumab	Dosis-nummer	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
	IV mg														
	Subkutan mg														
Signatur, læge															
Signatur, sygeplejerske															
Recidiv 0 = nej, 1 = ja, 9 = ikke us.															
LVEF (%)															
Vægt															
Hgb 10x(mmol/l)															
Leucocytter 10x(10 ⁹ /l)															
Neutrocytter 10x(10 ⁹ /l)															
Trombocytter (10 ⁹ /l)															
Febril neutropeni 0 - 4 ¹⁾															
Slimhindeaffektion 0 - 4															
Diarré 0 - 4															
Muskel- og ledsmerter 0 - 4															
Nervepåvirkning 0 - 4															
Hududslet 0 - 3															
Negleforandringer 0 - 2															
Opkastning 0 - 4															
Kvalme 0 - 4															
Træthed 0 - 4															
Væskeophobning 0 - 3															
Andre (noter i journal) 0 - 4															
Menstruation 0 - 3 ²⁾															
Hårtab 0 - 2 ³⁾															

1) Gradering af ikke hæmatologiske bivirkninger og evt. dosisreduktion, se flow sheet, 1. år serie 1-3, side 3-5.

2) Menstruation: 0 = regelmæssig; 1 = kraftigere end vanlig; 2 = øget interval/sparsom; 3 = ophørt.

3) Hårtab: 0 = normal; 1 = let, moderat; 2 = svær, total (kræver paryk).