

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Övrig hudcancer

RegimID: NRB-12646

Sonidegib (Kontinuerligt utan uppehåll vid basalcellscancer)

Kurintervall: 28 dagar

Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Sonidegib Peroral kapsel 200 mg (standarddos) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | Ny kur dag 29 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Sonidegib Peroral kapsel 200 mg (standarddos) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | |

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Mg, kreatinin

CK.

Kapslarna måste sväljas hela. De får inte tuggas eller krossas.

Sonidegib Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid

Anvisningar för ordinationNär behandlingsuppehåll krävs, överväg att återuppta sonidegib vid samma dos efter att biverkningen återgått till \leq grad 1.

- **Förhöjt CK-värde, svårighetsgrad:**
- Grad 1- Fortsätt behandla med samma dos och kontrollera CK-nivåer en gång i veckan tills de återgått till utgångsnivån och därefter en gång i månaden. Kontrollera v muskelsymtom och njurfunktion- patient ska vara välhydrerad.
- Grad 2- Avbryt behandlingen och kontrollera CKnivåer en gång i veckan tills de återgått till utgångsvärdet. Kontroll av muskelsymtom och njurfunktion- patient ska vara välhydrerad. Se FASS för fortsatta kontroller och återupptagande av behandling.
- Grad 3 eller 4 **utan** nedsatt njurfunktion-Avbryt behandlingen och kontrollera CKnivåer en gång i veckan tills de återgått till utgångsnivåer. Kontroll av muskelsymtom och njurfunktion- patient ska vara välhydrerad. Se FASS för fortsatta kontroller och eventuellt återupptagande av behandling.
- grad 2, 3 eller 4 **med** nedsatt njurfunktion- Avbryt behandlingen **om** njurfunktionen **är nedsatt**, och se till att patienten är välhydrerad, överväg andra sekundära orsaker till njurfunktionsnedsättningen. Se FASS för fortsatta kontroller och eventuellt återupptagande av behandling.

Dosjustering rekommendation

Tillfälligt doseringsuppehåll och/eller dosminskning av sonidegib kan behövas vid förhöjt CK-värde och muskelrelaterade biverkningar (såsom myalgi, myopati och/eller spasmer).

Om dosminskning krävs, ska dosen reduceras till 200 mg varannan dag. Om samma biverkning förekommer efter övergång till dosering varannan dag och inte förbättras, överväg att sätta ut behandlingen med sonidegib.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Sonidegib _____ mg

Ges peroralt

(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)
