

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Neuroendokrina tumörer

RegimID: NRB-1940

Temozolomid - Kapecitabin

Diagnoskod: C25.4

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	
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m ² (kroppsyta)	x1														x1							
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m ² (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								
Temozolomid Peroral kapsel 150 mg/m ² (kroppsyta)										x1	x1	x1	x1	x1								

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m ² (kroppsyta)								
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m ² (kroppsyta)								
Temozolomid Peroral kapsel 150 mg/m ² (kroppsyta)								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av Blodstatus inklusive neutrofila. Leverstatus omkontrolleras enligt individuell bedömning.

Sjuksköterska telefonkontroller 1 gång per vecka under kur 1 och 2, från och med kur 3 telefonkontroll enligt individuell bedömning.

Då kontroll av hand-fot syndrom och gastrointestinala biverkningar inklusive stomatit.

Kapecitabin Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas inom en halv timme efter måltid

Temozolomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordinationHb \geq 100, Neutrofila \geq 1,5, TPK \geq 100, GFR \geq 30

Kontroll av hand-fot syndrom och gastrointestinala biverkningar inklusive stomatit.

Dosjustering rekommendation**Hematologisk toxicitet:**

Temozolomid och Kapecitabin:

Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 100 , ge 100 %.

Neutrofila $< 1,5$ eller TPK < 100 , skjut upp behandling 1 vecka.

Neutrofila $< 1,0$ eller TPK < 50 , skjut upp behandling 1 vecka och sänk dos till 75% båda preparaten.

Icke hematologisk toxicitet:

Kapecitabindos:

Grad 0 - ge 100%.

Grad 1 - ge 100%.

Grad 2 - första tillfället; avbryt behandling, återstarta när grad 0-1, ge 100%, andra tillfället; avbryt behandling, återstarta när grad 0-1, ge 75%, tredje tillfället; avbryt behandling, återstarta behandling när grad 0-1, ge 50%.

Grad 3 - första tillfället; avbryt behandling, återstarta behandling när grad 0-1, ge 75%, andra tillfället; avbryt behandling, återstarta behandling när grad 0-1, ge 50%.

Grad 4 - avsluta behandlingen.

Vid allvarlig slemhinne och/eller benmärgstoxicitet misstänk DPD-brist och överväg avbrytande av behandling.

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

.....

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				
4. Temozolomid _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos				
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				
4. Temozolomid _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____	_____
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____	_____
4. Temozolomid _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____	_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____	_____
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____	_____
4. Temozolomid _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____	_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____	_____
3. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____	_____
4. Temozolomid _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____	_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____	_____