

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bukspottkörtelcancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-7138

Gemcitabin-Kapecitabin (Gem-Cap)

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
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x1							x1							x1						
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²	x1																				
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²								
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²	x1							
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Kapecitabin* - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar enligt lokala riktlinjer.

Vid missad dos tas nästa dos enligt ordination, dvs ingen extra dos ska tas.

Anvisningar för ordinationKontroll av blodstatus inkl neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart dag 1 i en kur: neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 100 .*Gemcitabin* - ger ökad strålkänslighet. Minst en vecka mellan infusion och strålbehandling mot thorax (lunga), både före och efter infusionen.*Kapecitabin* - Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Inför dag 8 och 15: Neutrofila 0,5-1,0 och/eller TPK 50-75 - ge 75 % av full dos av båda läkemedlen.

Neutrofila < 0,5 och/eller TPK < 50 - skjut upp behandlingen en vecka och återuppta med 75 % av båda läkemedlen.

Vid fortsatt hematologisk toxicitet överväg ytterligare dossänkning av Gemcitabin och Kapecitabin till 50 %.

Övrig toxicitet

Se FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag-> (dag 1),

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag-> (dag2-22)

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | | | | |
| 3. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | | | | |
| 4. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | | | | |

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | | | | |

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | | | | |

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | | | | |

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

- | | | | | |
|---|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 4. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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

Ges peroralt

Kvällsdos

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 5. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos