Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lungcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ
RegimID: NRB-6011

Docetaxel-Nintedanib

Indikation: Icke-småcellig lungcancer C50

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m^2	x1																					
Nintedanib Peroral kapsel 200 mg		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Docetaxel - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion, störst risk vid kur 2. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

Nintedanib - kapslarna tas med cirka 12 timmars mellanrum. Johannesört får ej intas under pågående behandling. Om en dos missats tas nästa dos på den vanliga tiden.

Anvisningar för ordination

Blod- och leverstatus. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >2,0. Kontroll av perifer neuropati.

Docetaxel - Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

Dagen efter behandling, på morgonen tas Betapred 8 tabletter = 4 mg

Nintedanib ska inte tas dag 1, dvs samma dag som Docetaxel ges.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

NADIR-värde för leukocyter $< 2{,}0$ och/eller neutrofila $< 1{,}0$ - ge nästa kur med 80 % av dosen.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter $< 2{,}0$ och/eller neutrofila $< 1{,}0$ - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

Icke-hematologiska biverkningar av Nintedanib

Vid diarré, kräkningar och/eller illamående grad 2 eller mer - avbryt behandlingen med Nintedanib till biverkningarna avtagit (grad 1 eller utgångsläget). Behandlingen återupptas med reducerad dos 150 mg x 2. Om en andra dosreduktion bedöms nödvändig ges 100 mg x 2, se FASS.

Leverpåverkan - ASAT och/eller ALAT $> 2{,}5$ x ULN i kombination med totalt bilirubin $\geq 1{,}5$ x ULN ELLER ASAT och/eller ALAT > 5 x ULN - avbryt behandlingen med Nintedanib till ASAT/ALAT $\leq 2{,}5$ x ULN och bilirubin normalt.

Behandlingen återupptas med reducerad dos 150 mg x 2. Om en andra dosreduktion bedöms nödvändig ges 100 mg x 2, se FASS.

ASAT och/eller ALAT > 3 x ULN i kombination med totalt bilirubin ≥ 2 x ULN och ALP < 2 x ULN - om ingen annan orsak kan fastställas , sätts Nintedanib ut permanent.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering			.....	
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Docetaxel (vattenfri) _____ **mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Nintedanib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Nintedanib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____
2. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____

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

1. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____
2. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____

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

1. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____
2. Nintedanib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____