

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Matstrups- och
magsäckscancerBehandlingsavsikt: Kurativ, Neoadjuvant, Palliativ
RegimID: NRB-5543**EOX** (Epirubicin-Oxaliplatin-Kaprecitabin)

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
Epirubicin Intravenös infusion 50 mg/m ²	x1																					
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m ²	x1																					
Kaprecitabin Peroral tablett 625 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kaprecitabin - Sköterskekontakt 1 gång per vecka under kur 1 och 2, från kur 3 kontakt enligt individuell bedömning.
Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

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

Anvisningar för ordination

Blodstatus, inkl neutrofila. Behandlingsstart skjuts upp tills neutrofila >1,5 och TPK >75.

Kaprecitabin - Kontroll av hand-fotsyndrom, neuropati och GI-symptom.*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom, förläng infusionstiden till 3-6 timmar.**Dosjustering rekommendation**

Vid genomgången neutropen feber och kurativ behandlingsintention överväg att komplettera följande kurer med G-CSF.

Kaprecitabin - Gastrointestinala biverkningar och/ eller hand-fotsyndrom: se FASS för rekommendationer.*Oxaliplatin* - Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

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-(dag 1),)[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag-\(Dag 4-21\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag-(Dag 4-21))

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapcitabin _____ 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. Epirubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 5. Oxaliplatin _____ mg
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |
| 6. Kapcitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

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

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

DAG 14	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 16	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 17	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 18	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 19	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

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