

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
magsäckscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-930

SIRI (Teysono (tegafur-gimeracil-oteracil)-Irinotekan)

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
Irinotekan Intravenös infusion 225 mg/m ²	x1																					
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 25 mg/m ²	x1														x1							
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 25 mg/m ²		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Irinotekan* - Ökad beredskap för akut kolinerget syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).*Teysono* - Kontakt med sjuksköterska varje vecka för biverkningskontroll.

Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila, kreatinin. Kontroll av GI-biverkningar.

Neutrofila >1,5 och TPK >75. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar återgått till grad 0-1.

Irinotekan: Premedicinering, ge subkutant Atropin 0,25 mg mot akut kolinerget syndrom. Om symtom uppstår, ge ytterligare subkutant Atropin 0,25 mg. Dosen kan upprepas.**Dosjustering rekommendation***Teysono* - Försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Om estimerat GFR 30-49 ml/minut så reducera med 5 mg/m² eller överväg alternativ/likvärdig regim, se FASS.

Försiktighet vid nedsatt njur- eller leverfunktion, se FASS. Försiktighet för pat >70 år, överväg att starta med 80% dos. Har pat haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.

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 3-15) OBS! Interaktion Irinotekan Apripetant steg 5b

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

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika
(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)

_____
3. **Irinotekan** _____ mg 30 min.
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. _____
4. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |