

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Sköldkörtelcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-6555

Sorafenib

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
Sorafenib Peroral tablett 400 mg	x2	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
Sorafenib Peroral tablett 400 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska för biverkningskontroll, främst hand-fotsyndrom. Första kurerna en gång/vecka därefter enligt individuell bedömning.

Om en dos missats skall den endast tas om det är mer än 6 timmar kvar till nästa planerade dos

Johannesört får ej intas under pågående behandling.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin (fokus kalcium). Blodtryck. Blodglukos. Koagulationsstatus.

TSH-nivåer.

Dosjustering rekommendation

Tillfällig utsättning och dossänkning kan bli nödvändig för att hantera biverkningar.

Vid dossänkning, minska till 600 mg dagligen vilket ges som 400 mg morgon och 200 mg kväll.

Vid ytterligare dossänkning, ge 200 mg X 2. Dosen kan höjas igen efter förbättring av "ickehematologiska" biverkningar.

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

1. Sorafenib _____ mg
Ges peroralt

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg
Ges peroralt

Kvällsdos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Sorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos
