

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Tjock- och
ändtarmscancerBehandlingsavsikt: Neoadjuvant, Palliativ
RegimID: NRB-2671**CAPIRI** (XELIRI, Kapecitabin-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 180 mg/m ²	x1																					
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m ²	x1														x1							
Kapecitabin Peroral tablett 1000 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 kolinergt syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).*Kapecitabin* - Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar efter 1 vecka, därefter enligt individuell bedömning.

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

Anvisningar för ordinationVid neoadjuvant intention kan dosen för Irinotekan ökas till 250 mg/m².Till äldre patienter i palliativ situation ges Kapecitabin 750 mg/m² och Irinotekan 150 mg/m².Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar återgått till grad 0-1.*Irinotekan*: Premedicinering, ge subkutant Atropin 0,25 mg för att förebygga akut kolinergt syndrom. Om symtom uppstår, ge ytterligare subkutant Atropin 0,25-0,50 mg.*Kapecitabin* Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.**Dosjustering rekommendation***Irinotekan* - Försiktighet vid nedsatt leverfunktion. Har pat haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.*Kapecitabin* -Diarré, hand-fotsyndrom och njurfunktion, se FASS.**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag-> OBS!

Interaktion Irinotekan Aprepitant steg 5b

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

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|---|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika
<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>3. Irinotekan _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> <p>4. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> | <p>30 min.</p> <p>Kvällsdos</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|---------------------------------|---|---|

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

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <p>1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> <p>2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> | <p>Morgondos</p> <p>Kvällsdos</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|

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

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <p>1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> <p>2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> | <p>Morgondos</p> <p>Kvällsdos</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|

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

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <p>1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> <p>2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> | <p>Morgondos</p> <p>Kvällsdos</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|

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

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <p>1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> <p>2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> | <p>Morgondos</p> <p>Kvällsdos</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|

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**

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