

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
ändtarmscancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-5549

CAPOX (XELOX, Kapecitabin-Oxaliplatin)

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
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 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

Sjuksköterskekontakt rekommenderas varje vecka under Kapecitabinbehandling.

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

Om första kuren gått bra kan man prova att ge Oxaliplatin på 1 timme.

Anvisningar för ordinationKontroll av blodstatus inklusive neutrofila. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart.*Kapecitabin* - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, svåra symptom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.**Dosjustering rekommendation***Kapecitabin* - gastrointestinala biverkningar och/eller hand-fotsyndrom: se FASS för dosreduktion.*Oxaliplatin* -övergående parestesier och köldkänsla: ge fulldos 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	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	_____
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	_____
3.	Oxaliplatin _____ mg i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.		2 tim.		_____	_____	_____
4.	Kapecitabin _____ mg Ges peroralt		Kvällsdos		_____	_____	_____

DAG 2	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 3	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 4	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 5	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 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				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 8	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 9	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 10	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 11	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 12	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 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**

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