

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: Palliativ

RegimID: NRB-5896

SOX (Tegsuno (tegafur-gimeracil-oteracil)-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																					
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								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska varje vecka för biverkningskontroll.

Tegsuno - om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.**Anvisningar för ordination**Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart.*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom, förläng infusionstiden till 2-6 timmar.**Dosjustering rekommendation***Tegsuno* - Försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Om estimerat GFR 30-49 ml/minut så reducera med 5 mg/m², se FASS.

Har patient haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.

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://kunksapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 1\).](https://kunksapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- (dag 1).)[https://kunksapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 3-15\)](https://kunksapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- (dag 3-15))

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. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 | | | |