

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Levercellscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-8648

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 men även blodtryck, diarré, illamående, smärta i munnen, trötthet. Första kurerna en gång/vecka därefter enligt individuell bedömning.

Förse patienten med recept på Loperamid.

Johannesört får ej intas under pågående behandling.

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodtryck varje vecka under första 3 veckorna, därefter varannan vecka under de första två månaderna och därefter en gång per månad.

EKG vid kardiell anamnes, fokus QT.

Inför varje cykel kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin (fokus kalcium), TSH, T4.

Vid läkarbesök kontroll av GI-påverkan, infektion, blödning, hypertoni, hjärt- och neurologisk biverkan.

Dosjustering rekommendation

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

Vid dossänkning, minska med 200 mg dagligen. Dosen kan höjas igen efter förbättring av "icke hematologiska" biverkningar.

För detaljer se FASS <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20050915000019#dosage>

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. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

1. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

2. Sorafenib _____ mg

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

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

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

Ges peroralt
(Morgondos)

Morgondos

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

Ges peroralt
(Kvällsdos)

Kvällsdos