

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Njurcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-8950

Sunitinib

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
Sunitinib Peroral kapsel 50 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Grapefrukt och johannesört ska ej intas under behandlingen.

Om en dos missats tas nästa dos på den vanliga tiden.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolyt- och leverstatus, samt kreatinin.

Blodglukos ska följas hos diabetiker, dossänkning av diabetesläkemedel kan bli aktuellt.

Observans på hud- och GI-biverkningar.

Tyroideastatus var tredje månad.

Dosjustering rekommendation

Dosändring görs i steg om 12,5 mg. Daglig dos ska vara 25-75 mg.

Hos sköra patienter kan det övervägas att gå in med lägre dos med snar utvärdering och gå upp till full dos vid god tolerans.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Sunitinib** _____ mg
Ges peroralt**DAG 2** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Sunitinib** _____ mg
Ges peroralt**DAG 3** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Sunitinib** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Sunitinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. Sunitinib _____ **mg**

Ges peroralt
