Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Tjock- och ändtarmscancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ
RegimID: NRB-9669

Bevacizumab-CAPOX (Bevacizumab-XELOX)

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**
Bevacizumab Intravenös infusion 7,5 mg/kg	x1																					
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m^2	x1																					
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m^2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Bevacizumab: Akutberedskap för infusionsreaktion. Första infusionerna ges enligt lokala rutiner, alternativt se Basfakta eller FASS.

Inför varje behandling - Blodtryck och urinsticka (proteinuri).

Urinsticka för protein (albumin):

0 till 1+: ge behandling

2 till 3+: se FASS eller lokala riktlinjer vid proteinuri.

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

Kapecitabin: Om första dos ges som kvällsdos dag 1 avslutas med morgondos dag 15. Sjuksköterskekontakt rekommenderas varje vecka under Kapecitabinbehandling.

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila. Neutrofila $\geq$1,5 och TPK $\geq$75 för behandlingsstart.

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, svåra symptom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.

Kapecitabin - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation

Bevcizumab: Dosreduceras inte. Vid *Bevacizumab*-relaterade biverkningar (grad 3-4) avslutas behandlingen.

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

Kapecitabin - gastrointestinala biverkningar och/eller hand-fotsyndrom: se FASS för dosreduktion.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter–Antiemetikaregim-1-dag- (dag 1),
https://kunskapsbanken.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. Kapecitabin _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. Kapecitabin _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____
3. Kontroll av blodtryck och urinsticka (proteinuri)			.....	
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
6. Bevacizumab _____ **mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7. Oxaliplatin _____ **mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____

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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 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 6 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 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** 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		_____	_____