

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Övrig hudcancer

Behandlingsavsikt:

RegimID: NRB-12645

Vismodegib (kontinuerligt utan uppehåll vid basalcellscancer)

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
Vismodegib Peroral kapsel 150 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Vismodegib Peroral kapsel 150 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Missade doser:*

Om en dos missas ska patienten instrueras att inte ta den missade dosen utan fortsätta med nästa schemalagda dos.

Anvisningar för ordination*Varje månad kontrolleras:*

Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Leverstatus: ALP, ASAT, bilirubin, LD

Patienter med svår njurfunktionsnedsättning ska noggrant följas upp avseende biverkningar.

Interaktioner: Vismodegib - samtidig administrering av exempelvis Rifampicin, Rifabutin, Karbamazepin och Johannesört ska undvikas. Fler läkemedelsgrupper är aktuella, se FASS.

Dosjustering rekommendationIngen dosjustering krävs för patienter $\geq$ 65-års ålder**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Vismodegib _____ mg**

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

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

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Vismodegib _____ mg

Ges peroralt

(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)