

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Äggstockscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

Niraparib - Kapslar

RegimID: NRB-6000

Indikation: Höggradig epithelial cancer C56, C57

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Niraparib Peroral kapsel 300 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
Niraparib Peroral kapsel 300 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Att ta tabletterna vid sänggående kan vara ett sätt att hantera illamående. Vid missad dos tas nästa dos vid nästa ordinarie doseringstillfälle.

Anvisningar för ordinationStartdos:

- 300 mg (vikt över 77 kg och trc över 150)
- 200 mg (vikt under 77kg eller trc under 150)

Inför varje kur: Blodtryck, Blodstatus inklusive neutrofila, leverstatus, kreatinin. För behandlingsstart neutrofila > 1.5, TPK > 100, Hb ≥ 90.

Första behandlingsmånaden kontrolleras blodstatus varje vecka.

Första två månaderna kontrolleras blodtryck varje vecka.

Dosjustering rekommendation*Dosreduktioner*

Första dosreduktion görs till 200 mg. Andra dosreduktionen görs till 100 mg.

Hematologisk toxicitet

Första tillfället: TPK < 100 - behandlingsuppehåll max 28 dagar, kontroll av blodstatus varje vecka tills TPK > 100.

Återinsätt med samma eller reducerad dos. Om TPK vid något tillfälle är < 75, återinsätt i reducerad dos.

Andra tillfället: TPK < 100 - behandlingsuppehåll max 28 dagar, kontroll av blodstatus varje vecka tills TPK > 100.

Återinsätt med reducerad dos.

Sätt ut Niraparib om TPK inte når godtagbara nivåer under behandlingsuppehållet eller om dosen redan reducerats till 100 mg.

Neutrofila < 1,0 eller Hb < 80 - behandlingsuppehåll max 28 dagar, kontroll av blodstatus varje vecka tills neutrofila > 1,5 eller Hb ≥ 90. Återinsätt med reducerad dos.

Sätt ut Niraparib om neutrofila och/eller Hb inte når godtagbara nivåer under behandlingsuppehållet eller om dosen redan reducerats till 100 mg.

Icke-hematologisk toxicitet, CTCAE-grad ≥ 3

Första tillfället - behandlingsuppehåll max 28 dagar eller tills biverkningen upphört. Återuppta med reducerad dos.

Andra tillfället - behandlingsuppehåll max 28 dagar eller tills biverkningen upphört. Återuppta med reducerad dos.

Sätt ut Niraparib om biverkningen varar mer än 28 dagar och dosen redan reducerats till 100 mg.

Se FASS.

DAG 1	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Niraparib _____ mg								_____	_____
Ges peroralt									

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Niraparib _____ mg								_____	_____
Ges peroralt									

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Niraparib _____ mg								_____	_____
Ges peroralt									

DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Niraparib _____ mg								_____	_____
Ges peroralt									

DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Niraparib _____ mg								_____	_____
Ges peroralt									

DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Niraparib _____ mg								_____	_____
Ges peroralt									

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Niraparib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Niraparib _____ **mg**

Ges peroralt