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 - Äggstockscancer

RegimID: NRB-6000

Niraparib - Kapslar

Diagnoskod: C56, C57

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
Niraparib Peroral kapsel 300 mg (standarddos)	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 (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.
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.

Niraparib Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination
Startdos:

- 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 $\geq$ 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 $\geq$ 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.

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. **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