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 - Analcancer

RegimID: NRB-6387

Kapecitabin-Mitomycin under strålbehandling (CapMi)

Diagnoskod: C21

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**
Mitomycin Intravenös infusion 10 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																				
Kapecitabin Peroral tablett 825 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2			x2	x2	x2	x2	x2			x2	x2	x2	x2	x2		

Dag	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**
Mitomycin Intravenös infusion 10 mg/m^2 (kroppsyta)																
Kapecitabin Peroral tablett 825 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2			x2	x2	x2	x2	x2			x2	x2

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Central infart rekommenderas.

Sjuksköterskekontakt varje vecka under behandling.

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

Kapecitabin Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas inom en halv timme efter måltid

Anvisningar för ordination

Vid lokalt avancerad tumör ges Mitomycin 10 mg/m2 också dag 29.

Mitomycin - maxdos /administrationstillfälle 20 mg.

Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila $\geq$1,5 och TPK $\geq$75 för behandlingsstart.

Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation

Se "Dosjustering under behandling" i FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-3-1d/ Dag 2-37: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Mitomycin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
5. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 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 3 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 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 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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 12 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 15 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 16 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 17 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 18 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 19 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 22 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 23 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 24 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 25 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 26 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 29 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 30 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 31 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 32 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 33 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 36 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 37 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		_____	_____