

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bröstcancer
Cyklofosfamid-Kapecitabin (CX-lågdos)

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-1154

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
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	
Kapecitabin Peroral tablett 500 mg	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Kapecitabin* - Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar efter 1 vecka, därefter enligt individuell bedömning.

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

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila.

Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation

Vid intolerabla biverkningar gör uppehåll tills biverkningarna upphört och starta därefter försiktigt

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. Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. Kapecitabin _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. Kapecitabin _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. Kapecitabin _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

2. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

3. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

4. **Kapecitabin** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos