

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-1154

Cyklofosfamid-Kapecitabin (CX-lågdos)

Diagnoskod: C50

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 (standarddos)	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 (standarddos)	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.

Kapecitabin Peroral tablett

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

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/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. Cyklofosamidmonohydrat _____ 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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

Ges peroralt

Morgondos

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

Ges peroralt

Middagsdos

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

Ges peroralt

Kvällsdos