

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

RegimID: NRB-1172

Gemcitabin-Kapecitabin

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
Gemcitabin Intravenös infusion 1250 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1														
Kapecitabin Peroral tablett 800 mg/m ² (kroppsyta)	x1														x1							
Kapecitabin Peroral tablett 800 mg/m ² (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

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*Kapecitabin* - Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: Dag 1 och 8:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-2b-1d/>

Övriga dagar:

<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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 2 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 | _____ | _____ |

DAG 3 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 | _____ | _____ |

DAG 4 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 | _____ | _____ |

DAG 5 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 | _____ | _____ |

DAG 6 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 | _____ | _____ |

DAG 7 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 | _____ | _____ |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 9 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 | _____ | _____ |

DAG 10 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 | _____ | _____ |

DAG 11 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 | _____ | _____ |

DAG 12 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 | _____ | _____ |

DAG 13 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 | _____ | _____ |

DAG 14 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 | _____ | _____ |

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|