

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

Behandlingsavsikt: Adjuvant

Kapecitabin 1250

RegimID: NRB-7238

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
Kapecitabin Peroral tablett 1250 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

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. LPK>2,5, neutrofila > 1,5, TPK>100 för start.

Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation

Diarré, hand-fotsyndrom och njurfunktion, se FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 1-14\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- (dag 1-14))**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign1. **Kapecitabin** _____ mg
Ges peroralt

Morgondos

2. **Kapecitabin** _____ mg
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign1. **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. 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
