

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: Palliativ

Palbociklib - Tablett

RegimID: NRB-7225

Kurintervall: 28 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
Palbociklib Peroral tablett 125 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Palbociklib Peroral tablett 125 mg								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Uppmärksamhet på infektionstecken och nya eller förvärrade symptom från andningsvägarna.

Vid kräkning eller om en dos missas, tas nästa dos påföljande dag.

Grapefrukt, grapefruktjuice och johannesört får ej intas under behandlingen.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus vid start av varje ny kur samt dag 15 i de två första kurerna.

Kur 1 och 2 - Ordinera dag 1-15 och därefter dag 16-21 efter blodprover dag 15.

Från kur 3 - Ordinera dag 1-21.

Efter kur 6, kontroll av blodstatus var 3:e månad förutsatt att neutropeni ≤ grad 2 under de första 6 cyklerna.

Dosjustering rekommendation

Uppehåll eller dosreduktion kan bli nödvändig p.g.a. biverkningar. Dosreduktion i två steg till 100 mg/dygn och 75 mg/dygn.

Dag 1 - neutrofila < 1,0 - avvakta, nya prover efter 7 dagar, om återhämtning till neutrofila ≥ 1,0 starta på samma dosnivå.

Kur 1 och 2 - om neutrofila 0,5-1,0 dag 15, fortsatt på samma dosnivå och ta om neutrofila dag 22. Överväg dosreduktion om neutrofila dag 22 är < 1,0 eller om samma sak inträffar på nytt vid ny behandling.

Feber, ≥ 38,5 C, avbryt tills neutrofila ≥ 1,0, återuppta behandling i nästa lägre dosnivå, 100 mg x 1 (steg -1). Nästa lägre dosnivå är 75 mg x 1 (steg -2).

Vid neutrofila < 0,5 - initiera behandlingsuppehåll tills neutrofila ≥ 1,0. Återuppta behandling i nästa lägre dosnivå. Vid behov av dosreduktion under 75 mg x 1, avbryt behandlingen.

Fulvestrant ges som planerat var 4:e vecka oavsett om uppehåll görs avseende Palbociklib.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunksapsbanken.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. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									
DAG 10	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Palbociklib _____ mg Ges peroralt									

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Palbociklib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Palbociklib _____ **mg**

Ges peroralt
