

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bukspottkörtelcancer Gemcitabin-Kapecitabin (Gem-Cap)

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

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
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x1							x1							x1						
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²	x1																				
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²								
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²	x1							
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m ²								

Lågemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kapecitabin - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar enligt lokala riktlinjer.

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart dag 1 i en kur: neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 100 .

Gemcitabin - ger ökad strålkänslighet. Minst en vecka mellan infusion och strålbehandling mot thorax (lunga), både före och efter infusionen.

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

Dosreduktion rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Inför dag 8 och 15: Neutrofila 0,5-1,0 och/eller TPK 50-75 - ge 75 % av full dos av båda läkemedlen.

Neutrofila < 0,5 och/eller TPK < 50 - skjut upp behandlingen en vecka och återuppta med 75 % av båda läkemedlen.

Vid fortsatt hematologisk toxicitet överväg ytterligare dossänkning av Gemcitabin och Kapecitabin till 50 %.

Övrig toxicitet

Se FASS.

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

250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

Tablett/Injektion Antiemetika

Gemcitabin _____ **mg**
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet

.....

Tablett/Injektion Antiemetika

.....

Gemcitabin _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

30 min.

Ges intravenöst under 30 min.

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....

Tablett/Injektion Antiemetika

.....

Gemcitabin _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

30 min.

Ges intravenöst under 30 min.

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos
