Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Bukspottkörtelcancer

RegimID: NRB-7138

Gemcitabin-Kapecitabin (Gem-Cap)

Diagnoskod: C25

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 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																				
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m^2 (kroppsyta)		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 (kroppsyta)								
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							
Kapecitabin Peroral tablett 830 mg/m^2 (kroppsyta)								

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.

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

Anvisningar för ordination

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

Dosjustering 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.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1+8+15: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin Dag 2-22 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. Gemcitabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. Kapecitabin _____ mg Kvällsdos Ges peroralt			_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kapecitabin _____ mg Morgondos Ges peroralt			_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Kvällsdos Ges peroralt			_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kapecitabin _____ mg Morgondos Ges peroralt			_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Kvällsdos Ges peroralt			_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kapecitabin _____ mg Morgondos Ges peroralt			_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Kvällsdos Ges peroralt			_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Gemcitabin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
5. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Gemcitabin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
5. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt