

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Gallblåse- och  
gallvägscancerBehandlingsavsikt:  
RegimID: NRB-9760**CAPOX** (XELOX, Kapecitabin-Oxaliplatin)

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
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														x1							
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Sjuksköterskekontakt efter en vecka första kuren (obs biverkningar kapecitabin), därefter kontakt enligt individuell bedömning och lokal rutin.

*Kapecitabin* - Vid missad dos tas nästa dos enligt ordination, dvs ingen extra dos ska tas.*Oxaliplatin* - Akutberedskap för infusionsreaktion (IRR). Risk ökad efter flera kurer och vid återstart efter längre uppehåll (månader/år). För premedicinering se Anvisningar för ordination.

Om första kuren gått bra kan man prova att ge Oxaliplatin på 1 timme.

Kapecitabin Peroral tablett

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

**Anvisningar för ordination**Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila. Neutrofila  $\geq 1,5$  och TPK  $\geq 75$  för behandlingsstart.*Kapecitabin* - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, svåra symptom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.Premedicinering (risk för infusionsrelaterad reaktion, IRR):*Oxaliplatin* - Premedicinering minskar IRR risk och allvarlighetsgrad. Ge 6-8 mg Betapred ca 60 min före infusion från kur 1, tillägg av antihistamin kan övervägas enl lokal rutin.

Observera! IRR risk ökad efter flera kurer och vid återstart efter längre uppehåll (månader/år): Fr o m kur 5 (ca 3 mån efter oxaliplatinstart) eller vid återintroduktion - ge fortsättningsvis utökad premedicinering: tabl/inj Betapred 16 mg + antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg).

Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering och i antiemetikaregim) välj den högsta av de olika doserna.

**Dosjustering rekommendation**

*Kapcitabin* - gastrointestinala biverkningar och/eller hand-fotsyndrom: se FASS för dosreduktion.

*Oxaliplatin* -övergående parestesier och köldkänsla: ge fulldos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin-alternativt>

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-5b-1-dag/>, Dag 3-15:

<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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  |           |  | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____  |  |  |           |  | _____ | _____ |
| 3. Oxaliplatin _____ mg<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.                |  |  | 2 tim.    |  | _____ | _____ |
| 4. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt   |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |  |           |  |       |       |
|--|--|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
| 2. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |  |           |  |       |       |
|--|--|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
| 2. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |  |           |  |       |       |
|--|--|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
| 2. Kapcitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|