

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Gallblåse- och

Behandlingsavsikt: Palliativ

gallvägs cancer

Gemcitabin-Kapecitabin

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	x2	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								

Lågemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Kapecitabin:*

Hand och fotsyndrom - kontroll efter 1 veckas behandling och därefter inför vare ny kur.

GI-biverkningar - kontroll efter 1 veckas behandling och därefter inför varje ny kur.

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

Anvisningar för ordination

Hudbiverkningar – vanligt med hand-fotsyndrom. Viktigt att smörja händer och fötter om möjligt dagligen. Vid behov kontakt med dermatolog. Dosreduktion se FASS.se.

Mag/tarmkanalen – se biverkningar nedan. Lindrig till måttliga diarréer i första hand Loperamid och vätskeersättning. Måttlig till svåra diarréer – uppehåll i tablettbehandlingen och ställningstagande till dosreduktion enligt toxicitetsgrad och anvisningar i FASS.se.

Dosreduktion rekommendation*Inför dag 8 och 15:*

Neutrofila <1.5 och/eller TPK <100 – ställningstagande till dosreduktion av Gemcitabin och Kapecitabin bör göras inför kur och vid lägre värden ställningstagande till att skjuta på kurstart. Nivå av dosreduktion avgörs i förhållande till eventuell övrig toxicitet.

Neutrofila <1 och/eller TPK <75 – ställningstagande att skjuta på behandlingsdag.

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

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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.

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

Gemcitabin _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

30 min.

Ges intravenöst under 30 min.

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

Kapecitabin _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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.

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
