

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Gallblåse- och

gallvägscancer

Kapecitabin

Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Adjuvant

RegimID: NRB-8646

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
Kapecitabin Peroral tablett 1250 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Sjuksköterskekontakt varje vecka under behandling.

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

Blodstatus inkl. neutrofila.

Dygnsdos Kapecitabin 2500 mg/m². Överväg att starta med dygnsdos 2000 mg/m² utifrån ålder och allmäntillstånd.

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.

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion eller uppehåll av behandling kan bli nödvändigt pga biverkningar. Om dosen har reducerats skall den inte ökas vid ett senare tillfälle.

Neutrofila <1.5 och/eller TPK <100 – ställningstagande till dosreduktion av 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, oavsett dag i kur – ställningstagande till behandlingsuppehåll eller avslut.

Se dosreduktions schema i FASS tabell 3 <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20010202000047#dosage>

DAG 1	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 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
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |