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 - Hjärntumörer

RegimID: NRB-2428

Temozolomid monoterapi-underhållsdos

Diagnoskod: C71

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
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m^2 (kroppsyta)								

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Vid kräkning efter kapselintaget får inga nya kapslar tas den dagen.

Temozolomid Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination
För patienter som tidigare erhållit kemoterapi är startdosen 150 mg/m2. Om denna dos tolereras ökas dosen till 200 mg/m2 inför kur 2.

Blodstatus inkl neutrofila både dag 22 och dag 28 inför ny kur men kan individualiseras. Leverfunktionsvärden bör kontrolleras.

Antiemetika rekommenderas som regel, men alla patienter behöver det inte.

Dosjustering rekommendation
Behandlingen skjuts upp om neutrofila granulocyter $< 1{,}5$ eller TPK < 100. Om nadir med neutrofila granulocyter $< 1{,}0$ eller TPK < 50 reduceras dosen för nästkommande kur till 150 mg/m2.

Vid ytterligare benmärgstoxicitet enligt ovan reduceras ytterligare ett steg till 100 mg/m2. Om detta ej tolereras avbryts behandlingen.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-3-5d/

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

1. **Temozolomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Temozolomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Temozolomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Temozolomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Temozolomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt