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 - Levercellscancer

RegimID: NRB-8648

Sorafenib

Diagnoskod: C22

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
Sorafenib Peroral tablett 400 mg (standarddos)	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
Sorafenib Peroral tablett 400 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kontakt med sjuksköterska för biverkningskontroll, främst hand-fotsyndrom men även blodtryck, diarré, illamående, smärta i munnen, trötthet. Första kurerna en gång/vecka därefter enligt individuell bedömning.

Förse patienten med recept på Loperamid.

Johannesört får ej intas under pågående behandling.

Om en dos missats skall den endast tas om det är mer än 6 timmar kvar till nästa planerade dos.

Sorafenib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodtryck varje vecka under första 3 veckorna, därefter varannan vecka under de första två månaderna och därefter en gång per månad.

EKG vid kardiell anamnes, fokus QT.

Inför varje cykel kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin (fokus kalcium), TSH, T4.

Vid läkarbesök kontroll av GI-påverkan, infektion, blödning, hypertoni, hjärt- och neurologisk biverkan.

Dosjustering rekommendation
Tillfällig utsättning och dossänkning kan bli nödvändig för att hantera biverkningar.

Vid dossänkning, minska med 200 mg dagligen. Dosen kan höjas igen efter förbättring av "icke hematologiska" biverkningar.

För detaljer se FASS https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20050915000019#dosage

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
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. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sorafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Sorafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)