

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lungcancer

RegimID: NRB-2045

Ceritinib

Diagnoskod: C34

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Ceritinib Peroral kapsel 750 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Ceritinib Peroral kapsel 750 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kapslarna tas en gång dagligen, vid ungefär samma tid varje dag. Tas på fastande mage, ät inget under minst två timmar före och två timmar efter dosen.

Vid kräkning tas inga nya kapslar förrän nästa schemalagda dos.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 12 timmar kvar till nästa planerade dos.

Ceritinib Peroral kapsel

Doserings i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever och elektrolytstatus. Kontroll av glukos, lipas och amylas. Kontroll av blodtryck och puls.

Observans på pneumonit och GI-biverkningar.

Kapslar finns i styrkan 150 mg.

Dosjustering rekommendation

Vid biverkningar görs uppehåll och/eller dosminskning av Ceritinib, se FASS. Dosminskning görs genom stegvis minskning med 150 mg dagligen.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ceritinib** _____ **mg**

Ges peroralt