**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 - 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<br>Peroral kapsel<br>750 mg (standarddos) | 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<br>Peroral kapsel<br>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
Dosering 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