

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

Behandlingsavsikt: Palliativ

Docetaxel-Nintedanib

RegimID: NRB-6011

Indikation: Icke-småcellig lungcancer C50

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m ²	x1																					
Nintedanib Peroral kapsel 200 mg		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Docetaxel - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion, störst risk vid kur 2. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

Nintedanib - kapslarna tas med cirka 12 timmars mellanrum. Johannesört får ej intas under pågående behandling. Om en dos missats tas nästa dos på den vanliga tiden.

Anvisningar för ordination

Blod- och leverstatus. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >2,0. Kontroll av perifer neuropati.

Docetaxel - Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

Dagen efter behandling, på morgonen tas Betapred 8 tabletter = 4 mg

Nintedanib ska inte tas dag 1, dvs samma dag som Docetaxel ges.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

NADIR-värde för leukocyter $< 2,0$ och/eller neutrofila $< 1,0$ - ge nästa kur med 80 % av dosen.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter $< 2,0$ och/eller neutrofila $< 1,0$ - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

Icke-hematologiska biverkningar av Nintedanib

Vid diarré, kräkningar och/eller illamående grad 2 eller mer - avbryt behandlingen med Nintedanib till biverkningarna avtagit (grad 1 eller utgångsläget). Behandlingen återupptas med reducerad dos 150 mg x 2. Om en andra dosreduktion bedöms nödvändig ges 100 mg x 2, se FASS.

Leverpåverkan - ASAT och/eller ALAT $> 2,5 \times \text{ULN}$ i kombination med totalt bilirubin $\geq 1,5 \times \text{ULN}$ ELLER ASAT och/eller ALAT $> 5 \times \text{ULN}$ - avbryt behandlingen med Nintedanib till ASAT/ALAT $\leq 2,5 \times \text{ULN}$ och bilirubin normalt. Behandlingen återupptas med reducerad dos 150 mg x 2. Om en andra dosreduktion bedöms nödvändig ges 100 mg x 2, se FASS.

ASAT och/eller ALAT $> 3 \times \text{ULN}$ i kombination med totalt bilirubin $\geq 2 \times \text{ULN}$ och ALP $< 2 \times \text{ULN}$ - om ingen annan orsak kan fastställas, sätts Nintedanib ut permanent.

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

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering | | | | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 3. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Nintedanib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos