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

Behandlingsavsikt: Palliativ
RegimID: NRB-4683

Vinorelbin po 80 veckovis

Indikation: Icke-småcellig lungcancer C34
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
Vinorelbin Peroral kapsel 80 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1							

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Peroral behandling - Vid kräkning efter intag av Vinorelbin kapslar får inga nya kapslar tas.

Vinorelbin Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila och leverstatus. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >2,0. Uppmärksamhet på bilirubin.

Om osäkerhet på performance status överväg att ge 80 % av dosen.

Vid peroral administrering - ordinera antiemetika, t.ex tablett Ondansetron 8 mg ca 1 timme före Vinorelbin.

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet

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

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

Neurotoxicitet

Grad 2 - ge 80 % av grunddosen.

Grad 3-4 - behandlingen avslutas.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: Dag 1+8+15:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter–Antiemetikaregim-1-dag-

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ _____ .....
2. **Vinorelbin** _____ **mg** Ges peroralt _____ _____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ _____ .....
2. **Vinorelbin** _____ **mg** Ges peroralt _____ _____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ _____ .....
2. **Vinorelbin** _____ **mg** Ges peroralt _____ _____