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 - Matstrups- och magsäckscancer

RegimID: NRB-5483

Lonsurf (trifluridin, tipiracilhydroklorid)

Diagnoskod: C15-C16

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
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2			x2	x2	x2	x2	x2									

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m^2 (kroppsyta)								

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Tabletterna tas inom 1 timme efter frukost och kvällsmat. Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila $\geq$1,5 och TPK $\geq$75 för start.

Uppföljning av ev. biverkningar, t.ex. gastrointestinala och hud.

Dosjustering rekommendation
Dosreduktion vid svårighet att tolerera behandlingen pga biverkningar, se FASS.

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. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt

2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt