

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

## Antitumoral regim - Matstrups- och magsäckscancer

RegimID: NRB-2917

### SOX (Teysono (tegafur-gimeracil-oteracil)-Oxaliplatin)

Diagnoskod: C15

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
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 25 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														x1							
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 25 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

### Villkor och kontroller för administration

Sjuksköterskekontakt efter en vecka första kuren (obs biverkningar teysuno), därefter kontakt enligt individuell bedömning och lokal rutin.

Om första kuren gått bra kan man prova att ge Oxaliplatin på 1 timme.

*Teysono* (tegafur, gimeracil, oteracil) - om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

*Oxaliplatin* - Akutberedskap för infusionsreaktion (IRR). Risk ökad efter flera kurer och vid återstart efter längre uppehåll (månader/år). För premedicinering se Anvisningar för ordination.

Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller en timme efter måltid

### Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila  $\geq 1,5$  och TPK  $\geq 75$  för behandlingsstart.

*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.

Premedicinering (risk för infusionsrelaterad reaktion, IRR):

*Oxaliplatin* - Premedicinering minskar IRR risk och allvarlighetsgrad. Ge 6-8 mg Betapred ca 60 min före infusion från kur 1, tillägg av antihistamin kan övervägas enl lokal rutin.

Observera! IRR risk ökad efter flera kurer och vid återstart efter längre uppehåll (månader/år): Fr o m kur 5 (ca 3 mån efter oxaliplatinstart) eller vid återintroduktion - ge fortsättningsvis utökad premedicinering: tabl/inj Betapred 16 mg + antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg).

Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortison doser ingår (som premedicinering och i antiemetikaregim) välj den högsta av de olika doserna.

**Dosjustering rekommendation**

*Teysuno* - Försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Om estimerat GFR 30-49 ml/minut så reducera med 5 mg/m<sup>2</sup> eller överväg alternativ/likvärdig regim, se FASS.

*Oxaliplatin* - Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och/eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument dag 1: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin> alternativt

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-5b-1-dag/> Dag 3-15:

<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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  |           |  | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____                                                          |  |  |           |  | _____ | _____ |
| 3. Oxaliplatin _____ mg<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.                |  |  | 2 tim.    |  | _____ | _____ |
| 4. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt                                           |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |                                                          |  |  |           |  |       |       |
|----------------------------------------------------------|--|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |                                                          |  |  |           |  |       |       |
|----------------------------------------------------------|--|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |                                                          |  |  |           |  |       |       |
|----------------------------------------------------------|--|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Morgondos |  | _____ | _____ |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg<br>Ges peroralt |  |  | Kvällsdos |  | _____ | _____ |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |

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

- |                                          |           |       |       |
|------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt                             |           |       |       |