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 - Neuroendokrina tumörer

RegimID: NRB-1940

Temozolomid - Kapecitabin

Diagnoskod: C25.4

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
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m^2 (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2							
Temozolomid Peroral kapsel 150 mg/m^2 (kroppsyta)										x1	x1	x1	x1	x1							

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m^2 (kroppsyta)								
Kapecitabin Peroral tablett 750 mg/m^2 (kroppsyta)								
Temozolomid Peroral kapsel 150 mg/m^2 (kroppsyta)								

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kontroll av Blodstatus inklusive neutrofila. Leverstatus omkontrolleras enligt individuell bedömning.

Sjuksköterska telefonkontroller 1 gång per vecka under kur 1 och 2, från och med kur 3 telefonkontroll enligt individuell bedömning.

Då kontroll av hand-fot syndrom och gastrointestinala biverkningar inklusive stomatit.

Kapecitabin Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas inom en halv timme efter måltid

Temozolomid Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination
Hb $\geq$100, Neutrofila$\geq$1,5, TPK $\geq$100, GFR $\geq$30

Kontroll av hand-fot syndrom och gastrointestinala biverkningar inklusive stomatit.

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet:

Temozolomid och Kapecitabin:

Neutrofila $\geq$ 1,5 och TPK $\geq$100, ge 100 %.

Neutrofila <1,5 eller TPK <100, skjut upp behandling 1 vecka.

Neutrofila <1,0 eller TPK <50, skjut upp behandling 1 vecka och sänk dos till 75% båda preparaten.

Icke hematologisk toxicitet:

Kapecitabindos:

Grad 0 - ge 100%.

Grad 1 - ge 100%.

Grad 2 - första tillfället; avbryt behandling, återstarta när grad 0-1, ge 100%, andra tillfället; avbryt behandling, återstarta när grad 0-1, ge 75%, tredje tillfället; avbryt behandling, återstarta behandling när grad 0-1, ge 50%.

Grad 3 - första tillfället; avbryt behandling, återstarta behandling när grad 0-1, ge 75%, andra tillfället; avbryt behandling, återstarta behandling när grad 0-1, ge 50%.

Grad 4 - avsluta behandlingen.

Vid allvarlig slemhinne och/eller benmärgstoxicitet misstänk DPD-brist och överväg avbrytande av behandling.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: Dag 10-14:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-3-1d/
Resterande dagar:
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.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	_____	.....
2.	**Kapecitabin** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____	_____

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl____	Avvakta ja nej **Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	_____	.....
2.	**Kapecitabin** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____	_____
3.	**Kapecitabin** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____	_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
_____
_____

2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
Ges peroralt

3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
_____
_____

2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
Ges peroralt

3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
_____
_____

2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
Ges peroralt

3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
_____
_____

2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
Ges peroralt

3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt
4. **Temozolomid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt
4. **Temozolomid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt
4. **Temozolomid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
   _____
   _____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
   Ges peroralt
3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt
4. **Temozolomid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
_____
_____

2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
Ges peroralt

3. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

4. **Temozolomid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ .....
_____
_____

2. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____ _____
Ges peroralt