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-1939

Temozolomid

Diagnoskod: C25.4, C34.9H, C34.9X

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
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Temozolomid Peroral kapsel 200 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 telefonkontroll med patient enligt individuell överenskommelse med patient.

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

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet:

Om neutrofila $<$ 1,5 eller TPK $<$ 100, skjut upp behandlingen 1 vecka, omstart på samma dosnivå om lab normaliserat.

Om neutrofila $<$ 1,0 eller TPK $<$ 50, (nadir eller inför kur) skjut upp behandling 1 vecka och reducera dos till nästa lägre dosnivå.

Dosnivåer är 200mg/m2, 150 mg/m2 och 100mg/m2.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-3-5d/

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

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

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

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

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

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

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

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

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