**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 - Övrig hudcancer

RegimID: NRB-12646

# **Sonidegib** (Kontinuerligt utan uppehåll vid basalcellscancer)

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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sonidegib<br>Peroral kapsel<br>200 mg (standarddos) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |

| **Dag** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **Ny kur dag 29** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sonidegib<br>Peroral kapsel<br>200 mg (standarddos) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | |

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration** Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Mg, kreatinin

CK.

Kapslarna måste sväljas hela. De får inte tuggas eller krossas.

Sonidegib Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid

**Anvisningar för ordination**
När behandlingsuppehåll krävs, överväg att återuppta sonidegib vid samma dos efter att biverkningen återgått till $\leq$ grad 1.

- **Förhöjt CK-värde, svårighetsgrad:**
- Grad 1- Fortsätt behandla med samma dos och kontrollera CK-nivåer en gång i veckan tills de återgått till utgångsnivån och därefter en gång i månaden. Kontrolla v muskelsymtom och njurfunktion- patient ska vara välhydrerad.
- Grad 2- Avbryt behandlingen och kontrollera CKnivåer en gång i veckan tills de återgått till utgångvärdet. Kontroll av muskelsymtom och njurfunktion- patient ska vara välhydrerad. Se FASS för fortsatta kontroller och återupptagande av behandling.
- Grad 3 eller 4 **utan** nedsatt njurfunktion-Avbryt behandlingen och kontrollera CKnivåer en gång i veckan tills de återgått till utgångsnivåer. Kontroll av muskelsymtom och njurfunktion- patient ska vara välhydrerad. Se FASS för fortsatta kontroller och eventuellt återupptagande av behandling.
- grad 2, 3 eller 4 **med** nedsatt njurfunktion- Avbryt behandlingen **om** njurfunktionen **är nedsatt,** och se till att patienten är välhydrerad, överväg andra sekundära orsaker till njurfunktionsnedsättningen. Se FASS för fortsatta kontroller och eventuellt återupptagande av behandling.

**Dosjustering rekommendation**
Tillfälligt doseringsuppehåll och/eller dosminskning av sonidegib kan behövas vid förhöjt CK-värde och muskelrelaterade biverkningar (såsom myalgi, myopati och/eller spasmer).

Om dosminskning krävs, ska dosen reduceras till 200 mg varannan dag. Om samma biverkning förekommer efter övergång till dosering varannan dag och inte förbättras, överväg att sätta ut behandlingen med sonidegib.

**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. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

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

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 16** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 17** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 18** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 19** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 20** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 21** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 22** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 23** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 24** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 25** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 26** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 27** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*

**DAG 28** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Sonidegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid)*