**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-12645

# **Vismodegib** (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vismodegib<br>Peroral kapsel<br>150 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vismodegib<br>Peroral kapsel<br>150 mg (standarddos) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | |

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration** *Missade doser*:

Om en dos missas ska patienten instrueras att inte ta den missade dosen utan fortsätta med nästa schemalagda dos.

Vismodegib Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

**Anvisningar för ordination**

*Varje månad kontrolleras:*

Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Leverstatus: ALP, ASAT, bilirubin, LD

Patienter med svår njurfunktionsnedsättning ska noggrant följas upp avseende biverkningar.

Interaktioner: Vismodegib - samtidig administrering av exempelvis Rifampicin, Rifabutin, Karbamazepin och Johannesört ska undvikas. Fler läkemedelsgrupper är aktuella, se FASS.

**Dosjustering rekommendation**

Ingen dosjustering krävs för patienter $\geq$ 65-års ålder

**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. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*

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

1. **Vismodegib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
   *(Kapslarna måste sväljas hela med vatten, med eller utan föda.)*