

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Övrig hudcancer

RegimID: NRB-12645

Vismodegib (kontinuerligt utan uppehåll vid basalcellscancer)

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Vismodegib Peroral kapsel 150 mg (standarddos)	x1	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 Peroral kapsel 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 rekommendationIngen 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.)
