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 - Peniscancer

RegimID: NRB-78

Cisplatin-Docetaxel-Kapecitabin

Diagnoskod: C60

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 30 mg/m^2 (kroppsyta)	x1					x1																
Cisplatin Intravenös infusion 70 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Kapecitabin Peroral tablett 850 mg/m^2 (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kreatinin och blodstatus. Diureskontroll.

Blodtryckskontroll görs vid de första kurerna. Kontroll innan behandlingsstart samt efter 5, 10 och 15 minuter.

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

Anvisningar för ordination
Posthydrering dag 1 - infusionen kan bytas mot dryck, individuellt anpassad beroende på utfall av diureskontroll. Riktvärde är ca 2 liter under kommande dygn.

Dosjustering rekommendation
För dosreduktion, se Vårdprogrammet.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Docetaxel (vattenfri) _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
4.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	2 tim.		_____	.....
5.	**Cisplatin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
6.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - posthydrering*	2 tim.		_____	.....
7.	Diureskontroll enligt lokala riktlinjer			.....	

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

			Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Kapecitabin _____ mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____
2.	**Kapecitabin _____ mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____
3.	Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid				.....	

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

			Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Kapecitabin _____ mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____
2.	**Kapecitabin _____ mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____
3.	Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid				.....	

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

			Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Kapecitabin _____ mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____
2.	**Kapecitabin _____ mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____
3.	Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid				.....	

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
5. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
6. **Docetaxel (vattenfri)** _____ **mg** 1 tim. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid .....

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. **Kapecitabin** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid			.....	