

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 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
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 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
<i>Intravenös infusion - posthydrering</i> | 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 Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____
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 Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Kapecitabin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____
3. Sväljes morgon och kväll tillsammans med vatten inom en halvtimme efter måltid		.....
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
5. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	.....
6. Docetaxel (vattenfri) _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.	_____	_____

DAG 7 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 8 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 9 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 10 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 11 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 12 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 13 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 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 |  | ..... |  |