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 - Prostatacancer

RegimID: NRB-11214

Xofigo (Radium(Ra-223)diklorid)

Diagnoskod: C61

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**
Radium(Ra-223)diklorid Intravenös injektion 55 kBq/kg (kroppsvikt)	x1																				

Dag	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**Ny kur dag 29**
Radium(Ra-223)diklorid Intravenös injektion 55 kBq/kg (kroppsvikt)								

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Radiofarmaka - administreras av personer som har behörighet att hantera radiofarmaka, i ändamålsenliga lokaler. Xofigo är en alfastrålare.

Viktkontroll: Inför behandlingen ska aktuell vikt kontrolleras och jämföras med vikten som är noterad på ordinationen. Vid vikt-avvikelse större än 5% bör dosen justeras.

Administreras som långsam injektion (i allmänhet upp till 1 minut). Den intravenösa infarten spolas med Natriumklorid 9 mg/mL före och efter administrering av Xofigo.

Anvisningar för ordination

Ny provtagning: Blodstatus, kreatinin, och ALP dag 17 varje kur och förslagsvis telefonuppföljning dag 20 inför kur 2, 4 och 6.

Gränsvärden för behandling: Hb 90, TPK 100, LPK 3,5 kan ses som riktmärken och behandling på lägre värden ska noga övervägas.

Frakturprofylax: Behandling med zoledronsyra 4 mg bör ges var 4:e eller 12:e vecka i kombination med D-vitamin och kalciumtabletter, se https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/ovriga/zoledronsyra-4-mg/ . Vid njursvikt överväg istället denosumab 120 mg var 4:e vecka.

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. **Radium(Ra-223)diklorid** _____ **kBq** 1 min. _____ _____
   Ges intravenöst under 1 min.
   (Långsam injektion, upp till 1 minut)