

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Diagnosgemensam antitumoral regim

RegimID: NRB-8496

Selperkatinib**Ordnation/Administrering**

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Selperkatinib Peroral kapsel 160 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Selperkatinib Peroral kapsel 160 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Grapefrukt och johannesört ska ej intas under behandlingen.

Om en patient kräks eller missar en dos tas nästa dos vid nästa planerade tillfälle. Ingen extra dos ska tas.

Vid samtidig behandling med protonpumpshämmare (tex omeprazol) **ska** Selperkatinib tas med mat.

Selperkatinib Peroral kapsel

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

Anvisningar för ordination

Observera rekommenderad startdos för patient under 50 kg är 120 mg X 2.

Observans på överkänslighetsymtom som feber, hudutslag och artralgi med samtidig trombocytopeni och förhöjda levervärden.

Kontrollera:

Blod-, lever och elektrolytstatus inkl. kreatinin.

ALAT och ASAT kontrolleras varannan vecka under de första 3 månaderna, en gång i månaden under de följande 3 månaderna, och i övrigt när kliniskt indicerat.

Blodtrycksmätning regelbundet. Blodtrycksänkande behandling vid behov.

EKG, elektrolyter och QTcF efter första veckan därefter en gång i månaden samt när kliniskt indicerat under de första 6 månaderna.

Diarré vanlig biverkan, överväg recept på Loperamid.

Dosjustering rekommendation

Dosen kan sänkas från startdos 160mg x 2 i tre steg; till 120mg x2 till 80mg x2 till minimidosen 40 mg X 2.

Dosjustering pga biverkningar, se <https://fass.se/health/product/20240312000112/fass-text#dosage>

Selperkatinib ska sättas ut permanent om patienten inte tolererar 40 mg peroral dos 2 gånger dagligen.

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. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Selperkatinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |