

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Sköldkörtelcancer Sorafenib

Behandlingsavsikt: Palliativ

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	
Sorafenib Peroral tablett 400 mg	x2	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	Ny kur dag 29
Sorafenib Peroral tablett 400 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska för biverkningskontroll, främst hand-fotsyndrom. Första kurer en gång/vecka därefter enligt individuell bedömning.

Om en dos missats skall den endast tas om det är mer än 6 timmar kvar till nästa planerade dos

Johannesört får ej intas under pågående behandling.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin (fokus kalcium). Blodtryck. Blodglukos. Koagulationsstatus.

TSH-nivåer.

Dosreduktion rekommendation

Tillfällig utsättning och dossänkning kan bli nödvändig för att hantera biverkningar.

Vid dossänkning, minska till 600 mg dagligen vilket ges som 400 mg morgon och 200 mg kväll.

Vid ytterligare dossänkning, ge 200 mg X 2. Dosen kan höjas igen efter förbättring av "ickehematologiska" biverkningar.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

Sorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos
