

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Sköldkörtelcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

Sorafenib

RegimID: NRB-6555

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/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 kurerna 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.

Dosjustering 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**

1. Sorafenib _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Sorafenib _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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