

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Tjock- och
ändtarmscancer
Bevacizumab-CAPOX (Bevacizumab-XELOX)
Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-9669

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 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Bevacizumab Intravenös infusion 7,5 mg/kg | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m ² | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kapcitabin Peroral tablett 1000 mg/m ² | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | | | | | | | | |

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Bevacizumab: Akutberedskap för infusionsreaktion. Första infusionerna ges enligt lokala rutiner, alternativt se Basfakta eller FASS.

Inför varje behandling - Blodtryck och urinsticka (proteinuri).

Urinsticka för protein (albumin):

0 till 1+: ge behandling

2 till 3+: se FASS eller lokala riktlinjer vid proteinuri.

Oxaliplatin: Om första kuren gått bra kan man prova att ge Oxaliplatin på 1 timme.

Kapcitabin: Om första dos ges som kvällsdos dag 1 avslutas med morgondos dag 15. Sjuksköterskekontakt rekommenderas varje vecka under Kapcitabinbehandling.

Vid missad dos tas nästa dos enligt ordination, dvs ingen extra dos ska tas.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart.

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, svåra symptom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.

Kapcitabin - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation

Bevacizumab: Dosreduceras inte. Vid *Bevacizumab*-relaterade biverkningar (grad 3-4) avslutas behandlingen.

Oxaliplatin -övergående parestesier och köldkänsla: ge fulldos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

Kapcitabin - gastrointestinala biverkningar och/eller hand-fotsyndrom: se FASS för dosreduktion.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 1\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- (dag 1)),

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 3-15\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- (dag 3-15))

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

| | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Kapcitabin _____ mg Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapcitabin _____ mg Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 3. Kontroll av blodtryck och urinsticka (proteinuri) | | | |
| 4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 5. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | _____ | |
| 6. Bevacizumab _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 7. Oxaliplatin _____ mg i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |

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

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

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

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

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |

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 | _____ | _____ |