

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Tjock- och ändtarmscancer

RegimID: NRB-10968

Bevacizumab-Lonsurf dag 1-5, 15-19

(Bevacizumab+TAS-102, modifierad)

Diagnoskod: C18-C20

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
Bevacizumab Intravenös infusion 5 mg/kg (kroppsvikt)	x1														x1						
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										x2	x2	x2	x2	x2		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Bevacizumab Intravenös infusion 5 mg/kg (kroppsvikt)								
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m ² (kroppsyta)								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska varje vecka för biverkningskontroll.

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.

Lonsurf (trifluridin, tipiracilhydroklorid): Om första Lonsurf dos dag 1 eller dag 15 intas på kvällen (efter bevacizumab), tas resterande Lonsurf dosen istället på morgonen dag 6 respektive dag 20.

Tabletterna tas inom 1 timme efter frukost och kvällsmat. Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination

Dag 1 och 15. Blodstatus inkl. neutrofila, kreatinin. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart.

Uppföljning av ev. biverkningar, t.ex. gastrointestinala och hud.

Dosjustering rekommendation

Bevacizumab: Ingen dosreduktion. Vid Bevacizumab-relaterade biverkningar (grad 3-4) avslutas behandlingen.

Lonsurf : Vid toxicitet kan dosen reduceras i tre steg - 30 mg/m²; - 25 mg/m²; -20 mg/m². Se schema i fass:

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20150401000018>

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. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

3. Tablett/Injektion Antiemetika
(Ej rutinmässigt vid minimal emetogen effekt.)

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet

5. Kontroll av blodtryck och urinsticka (proteinuri)

6. **Bevacizumab** _____ **mg** 30 min.
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____
3. Tablett/Injektion Antiemetika
(Ej rutinmässigt vid minimal emetogen effekt.)

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet _____
5. Kontroll av blodtryck och urinsticka (proteinuri) _____
6. **Bevacizumab** _____ **mg** 30 min.
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. _____

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Trifluridin, tipiracil (TAS-102) _____ mg Morgondos
Ges peroralt | _____ | _____ |
| 2. Trifluridin, tipiracil (TAS-102) _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt | _____ | _____ |

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

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Trifluridin, tipiracil (TAS-102) _____ mg Morgondos
Ges peroralt | _____ | _____ |
| 2. Trifluridin, tipiracil (TAS-102) _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt | _____ | _____ |