Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **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 $\geq$ 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 kan 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&nplId=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** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	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