

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

Behandlingsavsikt: Palliativ

Bevacizumab-Lonsurf dag1-5, 8-12

RegimID: NRB-10969

(Bevacizumab+TAS-102, standard)

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	x1														x1						
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m ²	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								
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m ²								

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 intas på kvällen (efter bevacizumab), tas resterande Lonsurf dosen istället på morgonen dag 6.

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

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila, kreatinin. Neutrofila ≥ 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/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag->

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 8 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 9 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 10 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 11 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 12 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. Tablett/Injektion Antiemetika
(Ej rutinmässigt vid minimal emetogen effekt.)

_____ | | | _____ | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet | | | _____ | |
| 3. Kontroll av blodtryck och urinsticka (proteinuri) | | | | |
| 4. Bevacizumab _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |