

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

RegimID: NRB-13532

Bevacizumab-SIRI (Bevacizumab-Teysuno
(tegafur-gimeracil-oteracil)-Irinotekan)

Diagnoskod: C18-C20

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Bevacizumab Intravenös infusion 7,5 mg/kg (kroppsvikt)	x1																					
Irinotekan Intravenös infusion 225 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 25 mg/m ² (kroppsyta)	x1														x1							
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 25 mg/m ² (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Sjuksköterskekontakt efter en vecka första kuren (obs biverkningar teysuno och irinotekan), därefter kontakt enligt individuell bedömning och lokal rutin.

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.

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

Irinotekan - Ökad beredskap för akut kolinerget syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).

Teysuno - Om första dos ges som kvälsdos dag 1 avslutas med morgondos dag 15. Vid missad dos tas nästa dos enligt ordination, dvs ingen extra dos ska tas.

Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller en timme efter måltid

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila, kreatinin. Kontroll av GI-biverkningar.

Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar återgått till grad 0-1.

Irinotekan: Premedicinering, ge subkutant Atropin 0,25 mg för att förebygga akut kolinergt syndrom. Om symtom uppstår, ge ytterligare subkutant Atropin 0,25-0,50 mg.

Dosjustering rekommendation

Teysuno - Försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Om estimerat GFR 30-49 ml/minut så reducera med 5 mg/m², se FASS. Diarré vanligt, se FASS för dosreduktion.

Irinotekan - Försiktighet vid nedsatt leverfunktion. Har pat haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.

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

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1 <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin> fr o m dag 3

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/> OBS! Interaktion Irinotekan - Aprepitant (använd inte steg 5b).

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

- | | | | | | |
|--|-----------|--|--|-------|-------|
| 1. Kontroll av blodtryck och urinsticka (proteinuri) | | | | | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika
_____ | | | | _____ | |
| 4. Premedicinering för Irinotekan
<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 min före Irinotekan)</i> | | | | _____ | |
| 5. Bevacizumab _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | | _____ | _____ |
| 6. Irinotekan _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | | _____ | _____ |
| 7. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | | _____ | _____ |

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

- | | | | | | |
|--|-----------|--|--|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | _____ | _____ |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | | | _____ | _____ |

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____
2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos
Ges peroralt _____

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

1. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt _____