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-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 kolinergt syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).

Teysuno - Om första dos ges som kvällsdos 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 ≥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 - Apripetant (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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4.	Premedicinering för Irinotekan *(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 min före Irinotekan)*		_____	_____	.....
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

			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