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-9001

Bevacizumab-Teysuno (tegafur-gimeracil-oteracil)

(Bevacizumab-S-1)

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																					
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 30 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

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.

Teysuno (tegafur, gimeracil, oteracil): Om första dos ges på kvällen dag 1 avslutas med morgondos dag 15. Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

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. Neutrofila $\geq$ 1,5 och TPK $\geq$ 75 för behandlingsstart.

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

Teysuno (tegafur, gimeracil, oteracil): Försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Om estimerat GFR 30-49 ml/minut så reducera med 5 mg/m2, se FASS.

Försiktighet till patient >70 år, överväg att starta med 80% dos. Har patient haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.

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

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

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

2. **Tegafur, gimeracil, oteracil** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)