

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-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 ordinationBlodstatus inkl. neutrofila, kreatinin. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 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 | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt
(Morgondos) | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt
(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 | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt
(Morgondos) | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 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
(Morgondos) | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt
(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)
