

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Tjock- och  
ändtarmscancer

RegimID: NRB-2670

**CAPOX (XELOX, Kapecitabin-Oxaliplatin)**

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
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														x1							
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m <sup>2</sup> (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 rekommenderas varje vecka under Kapecitabinbehandling.

*Kapecitabin* - Vid missad dos tas nästa dos enligt ordination, dvs ingen extra dos ska tas.

Om första kuren gått bra kan man prova att ge Oxaliplatin på 1 timme.

Kapecitabin Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas inom en halv timme efter måltid

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila.

*Kapecitabin* - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, svåra symptom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.**Dosjustering rekommendation***Kapecitabin* - gastrointestinala biverkningar och/eller hand-fotsyndrom: se FASS för dosreduktion.*Oxaliplatin* -övergående parestesier och köldkänsla: ge fulldos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

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

- |  |  |           |       |       |
|--|--|-----------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |           | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |           | _____ | ..... |
| 3. Oxaliplatin _____ mg<br>i 250 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.                |  | 2 tim.    | _____ | _____ |
| 4. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt  |  | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |   |  |           |       |       |
|---|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |       |       |
|---|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |       |       |
|---|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |       |       |
|---|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |       |       |
|---|--|-----------|-------|-------|
| 1. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Kapecitabin _____ mg<br>Ges peroralt |  | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** \_\_\_\_\_ **mg**  
Ges peroralt

Morgondos

\_\_\_\_\_

2. **Kapecitabin** \_\_\_\_\_ **mg**  
Ges peroralt

Kvällsdos

\_\_\_\_\_

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kapecitabin** \_\_\_\_\_ **mg**  
Ges peroralt

Morgondos

\_\_\_\_\_