

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

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

ändtarmscancer

Kapecitabin

RegimID: NRB-1341

Kurintervall: 21 dagar

Ordnation/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
Kapecitabin Peroral tablett 1250 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Sjuksköterskekontakt varje vecka under behandling.

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

Anvisningar för ordinationBlodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart.

Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendationSe FASS. Dygnsdos Kapecitabin 2500 mg/m². Överväg att starta med dygnsdos 2000 mg/m² utifrån ålder och allmäntillstånd.**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag->**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign1. **Kapecitabin** _____ mg
Ges peroralt

Morgondos

2. **Kapecitabin** _____ mg
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign1. **Kapecitabin** _____ mg
Ges peroralt

Morgondos

2. **Kapecitabin** _____ mg
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kapecitabin _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Kapecitabin _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 10 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 11 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 12 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 13 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 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