

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-3033

Regorafenib

Diagnoskod: C18-C20

Kurintervall: 28 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
Regorafenib Peroral tablett 160 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Regorafenib Peroral tablett 160 mg (standarddos)								

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska för biverkningskontroll, främst hand-fotsyndrom. Första kurerna en gång/vecka därefter enligt individuell bedömning.

Tabletterna tas vid samma tidpunkt varje dag efter en lättare måltid. förslagsvis frukost.

Missad dos tas under samma dag, men INTE två doser samma dag för att kompensera missad dos.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin. Blodtryck en gång/vecka under första kuren därefter en gång/månad.

Leverstatus med ALAT, ASAT och bilirubin kontrolleras varannan vecka de första 2 månaderna. Därefter varje månad utifrån kliniskt behov.

Kontroll av hand-fotsyndrom.

Behandlingen med Regorafenib avbryts tillfälligt inför större kirurgiska ingrepp.

Dosjustering rekommendation*Hand-fotsyndrom*

Vid grad 2 eller 3-tox minska dosen till 120 mg och sätt in understödjande behandling, se FASS.

Ytterligare dossänkning till 80 mg kan ske vid fortsatt toxicitet.

Leverpåverkan, ALAT och /eller ASAT

Mindre än eller lika med 5 gånger övre normalgränser (ULN) - kontrollera leverfunktionen varje vecka tills nivåerna återgår till < 3 gånger ULN.

Mer än 5 gånger ULN - ≤ 20 gånger ULN - avbryt behandlingen, kontrollera leverfunktionen varje vecka tills nivåerna återgår till < 3 gånger ULN. Om nyttan överväger risken för levertoxicitet, återinsätt Regorafenib i dosen 120 mg.

Kontrollera varje vecka i minst 4 veckor, se FASS.

Antiemetika

Ingen rutinmässig behandling

DAG 1	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									
DAG 10	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Regorafenib _____ mg Ges peroralt									

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

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Regorafenib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Regorafenib _____ **mg**

Ges peroralt
