Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Diagnosgemensam antitumoral regim

RegimID: NRB-15533

Trifluridin-tipiracil varannan vecka (Lonsurf dag 1-5, 15-19)

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
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										x2	x2	x2	x2	x2		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett 35 mg/m^2 (kroppsyta)								

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kontakt med sjuksköterska varje vecka inledningsvis för biverkningskontroll. Uppföljning av ev. biverkningar, fr a gastrointestinala och hud.

*Lonsurf (*trifluridin, tipiracilhydroklorid*):* Tabletterna tas inom 1 timme efter frukost och kvällsmat. Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Trifluridin, tipiracil (TAS-102) Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination
Inför dag 1 och 15: blodstatus inkl. neutrofila.

I övrigt prover enligt klinisk indikation och lokal rutin.

Villkor för start av varje kur (dag 1): Neutrofila $\geq$ 1,5 och TPK $\geq$ 75

Dosjustering rekommendation

Vid toxicitet kan dosen kan reduceras i tre steg från 35mg/m2 standarddos till 30 mg/m2; 25 mg/m2; och 20 mg/m2.

Vid neutrofila <0,5 eller TPK <50 inför dag 15 - pausa behandlingen och återuppta behandling med dosreduktion dag 1 i nästa kur.

Vid neutrofila 0,5-1,4 eller TPK 50-74 inför dag 15 - dosreducera ett steg, alternativt skjut upp behandlingen ett par dagar och ta om blodstatus - ge behandling om proverna hämtar sig snabbt till neutrofila ≥1,5 och TPK ≥75 och ge nästa kur dag 1 med fördröjning motsvarande antal uppskjutna dagar, överväg dosreduktion.

Vid fördröjd behandlingsstart mer än 7 dagar, febril neutropeni, neutrofila < 0.5 och /eller TPK <50 eller återkommande benmärgstoxicitet inför start av kur - dosreducera ett steg. G-CSF kan övervägas i andra hand (försiktighet vid samtidig uttalad trombocytopeni).

Vid behov av G-CSF - förslagsvis individuell dosering med filgrastim 0,5 ME/kg i 3-5 dagar (start tidigast 24 tim efter sista tablett dvs. dag 6 eller dag 20 i kuren), alternativt pegfilgrastim 6mg dag 6 eller dag 20.

För dosjustering övriga biverkningar se schema i https://fass.se/health/product/20150401000025/fass-text

Nedsatt njurfunktion

Ingen justering av startdosen rekommenderas för patienter med lindrigt eller måttligt nedsatt njurfunktion (GFR 30-60ml/min)

Hos patienter med svårt nedsatt njurfunktion (GFR 15-29ml/min) rekommenderas startdos 20 mg/m2 två gånger dagligen, se https://fass.se/health/product/20150401000018/fass-text . Dosökning är inte tillåtet efter att dosen har minskats.

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. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Trifluridin, tipiracil (TAS-102)** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt