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-15532

Trifluridin-tipiracil (Lonsurf dag 1-5, 8-12)

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

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
Provtagning inför dag 1: blodstatus och neutrofila.

Prover inför dag 8 och övriga prover - följ lokal rutin och individuell bedömning.

Neutrofila $\geq$1,5 och TPK $\geq$75 för start av kur dag 1.

Uppföljning av ev. biverkningar, särskilt gastrointestinala och hud.

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. Se FASS Lonsurf.

Vid neutrofila <0,5 eller TPK <50 inför dag 1 eller dag 8 - pausa behandlingen tills värdena hämtat sig och återuppta behandling med dosreduktion dag 1 i nästa kur.

Vid neutrofila 0,5-1,4 eller TPK 50-74 inför dag 8 - ok ge behandling, överväg dosreduktion inför nästa kur. Alternativt överväg byte till modifierad regim "Trifluridin-tipiracil varannan vecka (Lonsurf dag 1-5, 15-19)"

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 (försiktighet vid samtidig uttalad trombocytopeni). Alternativt överväg byte till modifierad regim "Trifluridin-tipiracil varannan vecka (Lonsurf dag 1-5, 15-19)".

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

Vid behov av G-CSF - förslagsvis individuell dosering med filgrastim 0,5 ME/kg i 5-7 dagar (start tidigast 24 tim efter sista tablett dvs. dag 14 i kuren), alternativt pegfilgrastim 6mg dag 14.

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 8 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 9 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 10 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 11 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 12 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