

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
XELIRI (CAPIRI, Kapecitabin-Irinotekan)

Behandlingsavsikt: Neoadjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-1917

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
Irinotekan Intravenös infusion 180 mg/m ²	x1																					
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m ²	x1														x1							
Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m ²		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Irinotekan* - Ökad beredskap för akut kolinergt syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).*Kapecitabin* - Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar efter 1 vecka, därefter enligt individuell bedömning.**Anvisningar för ordination**Vid neoadjuvant intention kan dosen för Irinotekan ökas till 250 mg/m².Till äldre patienter i palliativ situation ges Kapecitabin 750 mg/m² och Irinotekan 150 mg/m².Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar återgått till grad 0-1.*Irinotekan*: Premedicinering, ge subkutant Atropin 0,25 mg för att förebygga akut kolinergt syndrom. Om symtom uppstår, ge ytterligare subkutant Atropin 0,25-0,50 mg.*Kapecitabin* Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.**Dosjustering rekommendation***Irinotekan* - Försiktighet vid nedsatt leverfunktion. Har pat haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.*Kapecitabin* -Diarré, hand-fotsyndrom och njurfunktion, se FASS.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|---|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika
<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>3. Irinotekan _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> <p>4. Kapecitabin _____ mg
Ges peroralt</p> | <p>30 min.</p> <p>Kvällsdos</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|---------------------------------|---|---|

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

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

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

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

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

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

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

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

DAG 6 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 7 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 8 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 9 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 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

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

1. **Kapecitabin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos