

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Huvud- och halscancer

RegimID: NRB-8713

Cisplatin-Kapecitabin

Diagnoskod: C00-C14

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 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m ² (kroppsyta) | | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | | | | | | | | |
| Kapecitabin Peroral tablett 1000 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | x1 | | | | | | | |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Cisplatin*: Vikt eller diureskontroll.*Kapecitabin*: Sjuksköterskekontakt varje vecka under behandling.

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

Kapecitabin Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas inom en halv timme efter måltid

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus inklusive kreatinin.

För behandlingsstart: neutrofila >1,5, TPK >100

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande). Riktvärde GFR > 60

Cisplatin - under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.

Kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Dosjustering rekommendation

För patienter som erhållit radioterapi mot ÖNH-regionen bör reduktion till 75% av Kapecitabindosen i första cykeln övervägas.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/> Dag4-15: <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. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | _____ | _____ |
| 2. | Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | _____ | _____ |
| 3. | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | _____ |
| 4. | Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | _____ | _____ |
| 5. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - posthydrering</i> <i>(Kan bytas mot dryck.)</i> | 60 min. | _____ | _____ |
| 6. | Kapecitabin _____ mg Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 2 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 3 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 4 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 5 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 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 | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|