

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Sköldkörtelcancer

RegimID: NRB-6553

Lenvatinib

Diagnoskod: C73

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Lenvatinib Peroral kapsel 24 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
Lenvatinib Peroral kapsel 24 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Sköterskekontakt efter en vecka. Första månaden en gång/vecka därefter en gång/månad eller kontakt enligt individuell bedömning.

Kontroll av eventuella biverkningar som blodtryck, viktminskning, nedsatt aptit, diarré, illamående, smärta i munnen, trötthet, insomni.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 12 timmar kvar till nästa planerade dos.

Kapslarna (oöppnade) kan lösas upp i en matsked vatten eller äppeljuice i ett litet glas. Låt dem ligga i minst 10 minuter, rör sedan om så att kapselskalen löser upp sig ordentligt. Drick blandningen. Skölj efter med vatten eller äppeljuice, snurra glaset och svälj vätskan.

Lenvatinib Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Blodtryck efter 1 vecka, därefter varannan vecka under de första två månaderna därefter en gång/månad.

Leverstatus, blodstatus, elektrolytstatus och tyreoidestatus följs under behandlingen med minskande frekvens.

EKG med fokus på QT-tid. Försiktighet till patienter med nedsatt vänsterkammarfunktion.

Urinsticka. Vikt.

Läkarbesök: biverkningskontroll av GI påverkan, infektion, blödning, hypertoni, hjärt- och neurologisk påverkan

Dosjustering rekommendation

Tillfällig utsättning och dossänkning kan bli nödvändigt för att hantera biverkningar.

Dossänkning sker i steg 24 mg- 20 mg- 14 mg- 10 mg.

Grad 1 eller 2 biverkningar motiverar i allmänhet inte behandlingsuppehåll med Lenvatinib, såvida de inte är oacceptabla för patienten trots optimal hantering. För biverkningar grad 3 och högre, se hanteringsrekommendation i FASS tabell 3.

Gastrointestinal toxicitet behandlas aktivt före behandlingsuppehåll eller dosreduktion.

BT >140/90 se hantering av hypertoni och dosreduktion enligt förslag i FASS tabell 4.

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

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Lenvatinib _____ **mg**

Ges peroralt