

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Levercellscancer

RegimID: NRB-8647

Lenvatinib

Diagnoskod: C22

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/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 12 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	Ny kur dag 29
Lenvatinib Peroral kapsel 12 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

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, viktninskning, nedsatt aptit, diarré, illamående, smärta i munnen, trötthet, insomni.

Förse patienten med recept på Loperamid.

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.

Kontroll av leverstatus, blodstatus, elektrolytstatus, tyreoidestatus och urinsticka följs varannan vecka under de två första månaderna, därefter en gång per månad.

Alla avvikande elektrolyter: korrigeras och bör vid behov ersättas under Lenvatinib-behandlingen.

EKG med fokus på QT-tid efter två veckors behandling och därefter vid behov.

Vid läkarbesök kontroll av GI påverkan, infektion, blödning, hypertoni, hjärt- och neurologisk påverkan

Dosjustering rekommendation

Tillfällig utsättning och dossänkning kan bli nödvändig för att hantera biverkningar. Dossänkning sker i steg om - 4 mg till högsta tolererbara dos. Lägsta dos är 4 mg varannan dag.

Se <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20140826000021#dosage> .

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunkskapsbanken.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. 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