

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

RegimID: NRB-1916

Teyuno (tegafur-gimeracil-oteracil) (S-1)

Diagnoskod: C18-C20

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	
Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel 30 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2									

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska varje vecka för biverkningskontroll.

Teyuno (tegafur, gimeracil, oteracil) - om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Tegafur, gimeracil, oteracil Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller en timme efter måltid

Anvisningar för ordinationBlodstatus inkl. neutrofila, kreatinin. Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 för behandlingsstart.**Dosjustering rekommendation**Försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Om estimerat GFR 30-49 ml/minut så reducera med 5 mg/m², se FASS.

Försiktighet till patient >70 år, överväg att starta med 80% dos. Har patient haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75%.

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. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg	Morgondos	_____	_____
Ges peroralt			
2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg	Kvällsdos	_____	_____
Ges peroralt			

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Morgondos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |
| 2. Tegafur, gimeracil, oteracil _____ mg | Kvällsdos | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | |