

Datum: _____
Yta: _____

Patientdata

SB/Capecitabin 7 dagar/v

(GI)

T Capecitabin (Xeloda) 825 mg/m² x 2 **7 dagar i veckan under strålbehandling.**

Inför varje vecka: Blodstatus, Neutr.

Biverkningskontroll avseende diarré, stomatit, hand-fotsyndrom, illamående-kräkning, trötthet, feber eller övriga biverkningar inför varje ny Capecitabin vecka.

Den första dagsdosen av **tabl Capecitabin tas ca 2-3 timmar (1-4 tim) före strålbehandling, den andra ca 12 (10-14 tim) timmar senare!!**

Vid illamående pröva ge S/T. Primperan 10- 20 mg 1-3 ggr/dagligen.

Vecka 1 Datum ___/___ - ___/___

T Capecitabin _____ mg x 2 per dag	Läk.sign _____
Dosjustering _____ mg x 2 per dag fr o m _____	Läk.sign _____
Dosett delad	Ssk sign _____
Biverkningskontroll, se ovan	Ssk sign _____
Vikt _____ kg	

Vecka 2 Datum ___/___ - ___/___

T Capecitabin _____ mg x 2 per dag	Läk.sign _____
Dosjustering _____ mg x 2 per dag fr o m _____	Läk.sign _____
Dosett delad	Ssk sign _____
Biverkningskontroll	Ssk sign _____
Vikt _____ kg	

Vecka 3 Datum ___/___ - ___/___

T Capecitabin _____ mg x 2 per dag	Läk.sign _____
Dosjustering _____ mg x 2 per dag fr o m _____	Läk.sign _____
Dosett delad	Ssk sign _____
Biverkningskontroll	Ssk sign _____
Vikt _____ kg	

Vecka 4 Datum ___/___ - ___/___

T Capecitabin _____ mg x 2 per dag	Läk.sign _____
Dosjustering _____ mg x 2 per dag fr o m _____	Läk.sign _____
Dosett delad	Ssk sign _____
Biverkningskontroll	Ssk sign _____
Vikt _____ kg	

Vecka 5 Datum ___/___ - ___/___

T Capecitabin _____ mg x 2 per dag	Läk.sign _____
Dosjustering _____ mg x 2 per dag fr o m _____	Läk.sign _____
Dosett delad	Ssk sign _____
Biverkningskontroll	Ssk sign _____
Vikt _____ kg	

Vecka 6 Datum ___/___ - ___/___

T Capecitabin _____ mg x 2 per dag	Läk.sign _____
Dosjustering _____ mg x 2 per dag fr o m _____	Läk.sign _____
Dosett delad	Ssk sign _____
Biverkningskontroll	Ssk sign _____
Vikt _____ kg	

Godkänd av _____

Läkarens underskrift _____