

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Vikt: _____ kg

Bevacizumab /XELIRI

(GI)

Inf Bevacizumab (Avastin)	7,5 mg/kg (om lämpligt jämna 100-tal)	Dag 1
Inf Irinotekan	*180 - 250 mg/m ²	Dag 1
T Capecitabin (Xeloda)	1000 mg/m ² x 2 per dag	Dag 1-14
Pat ≥65 år: Inf Irinotekan	*150 - 200 mg/m ²	Dag 1
T Capecitabin	750 mg/m ² x 2 per dag	Dag 1-14

***Startdosen** av Irinotekan är den lägre.

Vid god tolerans (max grad 1tox) kan dosen höjas till den högre nivån.

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.**Ta** urinsticka dagen före eller samma dag som kur, om proteinuri (>+1) avvakta med inf Bevacizumab och kontakta läkare! Vg se under fliken kontrollschema vid proteinuri vid Bevacizumab behandling.**Om** blodtrycket > 150/90 avvakta med inf Bevacizumab och kontakta läkare!**Ge** inf Bevacizumab nr 1 på 90 min, om det går bra; ge inf nr 2 på 60 min, om det går bra; ge fortsatta infusioner på 30 min.**Bevacizumab** kan ges före eller efter cytostatikabehandlingen.**OBS!** Risk för gastrointestinal perforation, sämre sårhelingsprocess (minst 5 veckors uppehåll till planerad operation).**Kur 1-2:** Pat skall kontaktas vecka 1 och 2 för kontroll av T Capecitabin biverkningar.**Dosreduktion** för patienter med sänkt kreclearance <50 ml/min enl. FASS.**Cykelintervall:** 21 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 3 med start dag 2 i kuren.**Förse** patienten med Loperamidschema.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign Läk.sign****Inj Ondansetron** 8 mg iv _____**Inj Betapred** 8 mg iv _____

BT _____ P _____ U-protein _____

Inf Bevacizumab _____ mg iv i 100 NaCl, inf.tid 90/60/30 minStart _____
Stopp _____**Inj Atropin** 0.25 mg sc _____**Inf Irinotekan** _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 1 timStart _____
Stopp _____**DAG 1- 14****T Capecitabin** _____ mg po x 2**OBS! Starta alltid med kvällsdosen!** _____

Motsvarar morgondos _____ tabl á 500 mg

Motsvarar kvällsdos _____ tabl á 500 mg

Delat i dosett dag 1 -14 _____

Peroral profylax**Ssk.sign****Antiemetikaschema nr 3.** _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____