

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Teysuno mono

(GI)

K Teysuno (S-1)

30 mg/m² x 2 per dag

Dag 1-14

Inför kur 1: Blodstatus, Neutr, Cystatin, Krea.

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

Dosreduktion för patienter med sänkt kreaclarence <50 ml/min enl. FASS.

Kur 1-2: Pat skall kontaktas vecka 1 och 2 för kontroll av biverkningar.

Cykelintervall: 21 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

OBS: Teysuno skall **inte** tas i samband med måltid. Senast 1 tim innan eller tidigast 1 tim efter måltid.

DAG 1 – 14

K Teysuno _____ mg x 2 _____

OBS! Starta alltid med kvällsdosen!

motsvarar Morgondos _____ mg (____ st kapsel á 15 mg ____st kapsel á 20 mg)

Kvällsdos _____ mg (____ st kapsel á 15 mg ____st kapsel á 20 mg)

Delat i dosett dag 1 -14 _____

DAG 1 – 14

K Teysuno _____ mg x 2 _____

OBS! Starta alltid med kvällsdosen!

motsvarar Morgondos _____ mg (____ st kapsel á 15 mg ____st kapsel á 20 mg)

Kvällsdos _____ mg (____ st kapsel á 15 mg ____st kapsel á 20 mg)

Delat i dosett dag 1 -14 _____

DAG 1 – 14

K Teysuno _____ mg x 2 _____

OBS! Starta alltid med kvällsdosen!

motsvarar Morgondos _____ mg (____ st kapsel á 15 mg ____st kapsel á 20 mg)

Kvällsdos _____ mg (____ st kapsel á 15 mg ____st kapsel á 20 mg)

Delat i dosett dag 1 -14 _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____