

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi (AML)

RegimID: NRB-8953

Azacitidin-Venetoklax kur 2 osv.

Diagnoskod: C92

Kurintervall: 35 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	
Azacitidin Suspension Subkutan injektion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	
Venetoklax Peroral tablett 400 mg (standarddos)	x1	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	29	30	31	32	33	34	35	Ny kur dag 36
Azacitidin Suspension Subkutan injektion 100 mg/m ² (kroppsyta)															
Venetoklax Peroral tablett 400 mg (standarddos)															

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Azacitidin: Injiceras subkutan (injektionsnålen sticks in i 45-90° vinkel) med en 25 gauge injektionsnål i buken, låret eller överarmen.

Högre doser än 4 ml injiceras på två skilda ställen (två sprutor ges). Injektionsstället skall roteras. Nya injektioner skall ges minst 2,5 cm från det tidigare injektionsstället. Viktigt med kylförvaring.

Venetoklax: Grapefrukt, pomerans och stjärnfrukt (carambola) ska undvikas.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 8 timmar kvar till nästa planerade dos.

Venetoklax Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inkl kreatinin.

Observans på tumörlyssyndrom och tumörlysprover: kreatinin, fosfat, urat och kalcium

Överväg infektionsprofylax i synnerhet mot svamp vid djup, långvarig neutropeni - Observera interaktion av Venetoklax och starka CYP3A-hämmare, se <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20151017000072#dosage> . Reducera dosen Venetoklax till 100 mg eller lägre vid samtidig Posakonazolbehandling.

Poängtera vikten av att ta Venetoklax tillsammans med mat.

Dosjustering rekommendation

Dos, behandlingstid och kurintervall justeras både för azacitidin och venetoklax beroende på grad av toxicitet och behandlingssvar.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

*(Tillsammans med mat.)***2. Azacitidin Suspension _____ mg**

Ges subkutant

*(Vid doser över 100 mg (4 ml) delas dosen i två sprutor som ges på två olika ställen.**Injektionen omskakas före administration.)*

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

*(Tillsammans med mat.)***2. Azacitidin Suspension _____ mg**

Ges subkutant

*(Vid doser över 100 mg (4 ml) delas dosen i två sprutor som ges på två olika ställen.**Injektionen omskakas före administration.)*

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

*(Tillsammans med mat.)***2. Azacitidin Suspension _____ mg**

Ges subkutant

*(Vid doser över 100 mg (4 ml) delas dosen i två sprutor som ges på två olika ställen.**Injektionen omskakas före administration.)*

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

*(Tillsammans med mat.)***2. Azacitidin Suspension _____ mg**

Ges subkutant

*(Vid doser över 100 mg (4 ml) delas dosen i två sprutor som ges på två olika ställen.**Injektionen omskakas före administration.)*

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

2. Azacitidin Suspension _____ mg

Ges subkutant

(Vid doser över 100 mg (4 ml) delas dosen i två sprutor som ges på två olika ställen.

Injektionen omskakas före administration.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

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

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

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

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
Ges peroralt
(Tillsammans med mat.)