

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-9185

Cetuximab-Enkorafenib

Diagnoskod: C18-C20

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Cetuximab Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Enkorafenib Peroral kapsel 300 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Cetuximab i kur 1 bör administreras långsamt, rekommenderad infusionstid är 2 timmar. Därefter är rekommenderad infusionstid 60 minuter.

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion, särskilt vid första infusionen. Vid infusionsrelaterad överkänslighetsreaktion sänks infusionshastigheten, se FASS.

Kontroll av blodtryck och puls inför start och 15 minuter efter start av infusion kur 1 och 2.

Enkorafenib: Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 12 timmar kvar till nästa planerade dos. Vid kräkning tas ingen extra dos. Ta nästa dos enligt schema. Samtidigt intag av grapefruktjuice ska undvikas.

Kontroll av biverkningar; hudtoxicitet, synrubbingar, elektrolytstatus särskilt magnesium

Enkorafenib Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Blod- lever- och elektrolytsatus inkl magnesium och kreatinin inför varje cykel.

EKG inför start, cykel 3 och därefter var 3:e månad eller vid behov för QTc- tid kontroll, se <https://ekg.nu/verktyg/qt-tid-qt-tid-korrigerad-qt-tid-och-forlangd-qt-tid-qt-forlangning-pa-ekg/> .

Risk för QT- förlängning; riskfaktorer (t.ex. avvikande elektrolytvärden, hjärtsvikt och bradyarytmier) bör vara under kontroll innan behandlingen sätts in och under behandlingen.

Cetuximab Premedicinering med Betapred 8 mg (intravenöst eller peroralt) och desloratadin 10 mg. Om de två första kurerna går bra kan dosen Betapred halveras eller sättas ut.

Hudtoxicitet: Fuktgivande kräm rekommenderas. Förskrivning av kräm hydrokortison 1% för tidig lokal applikation vid behov. För anti-inflammatorisk effekt i huden bör profylaktiskt perorala tetracykliner övervägas, sätts ut efter 6-8 veckor om dermatit uteblivit, eller om mycket lindriga besvär.

Dosjustering rekommendation

Uppehåll och/ eller dosjusteringar kan bli nödvändiga för att hantera biverkningar som särskilt berör hud, ögonbiverkningar, avvikande levervärden. QTc förlängning kan hanteras genom dosminskning, uppehåll eller utsättning av behandlingen, med korrigerig av avvikande elektrolytvärden och kontroll av riskfaktorer, se FASS.

Cetuximab: Vid intolerabel eller allvarlig hudreaktion (\geq grad 3) avbryts behandlingen tillfälligt eller permanent, se FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20060320000016#caution>)

Enkorafenib: dossänkning sker i två steg; 225 mgX1 till 150 mgX1. Se schema för kolorektalcancer, tabell 2 i FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20170731000083#dosage2>).

Om något av läkemedlen sätts ut ska även det andra sättas ut.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag->. OBS!

Undvik dubbla doser kortison. Om premedicinering kortison ges av annat skäl, minska/ta bort betapred i antiemetikaregim.

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

1. **Enkorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. Kontroll av blodtryck och puls

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. **Cetuximab** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Kontroll av blodtryck och puls.)

60 min.

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

1. **Enkorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Enkorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Enkorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Enkorafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ **mg**

Ges peroralt