

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-12809

**Epkoritamab varannan vecka, kur 4-9 (DLBCL)**

Kurintervall: 28 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 |  |
|--|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Epkoritamab<br>Subkutan injektion<br>48 mg (standarddos) | x1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | x1 |    |    |    |    |    |    |  |

| Dag  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | Ny kur dag<br>29 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Epkoritamab<br>Subkutan injektion<br>48 mg (standarddos) |    |    |    |    |    |    |    |                  |

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

BT, puls temp och andningsfrekvens (NEWS2) vid start av infusion, följ under behandling samt innan hemgång.

**Anvisningar för ordination**

Varje gång provtas:

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin, magnesium, fosfat

Leverstatus: albumin, ALP, ALAT, bilirubin, LD, lipas

Amylas, CRP, glukos och gamma-GT

Premedicinering:

Patienter som uppvisade CRS av grad 2 eller 3 vid tidigare dos:

Kortison (tex dexametason 15 mg dag 1-4), antihistamin (tex desloratadin 10 mg), paracetamol 1g

Patienten ska övervakas beträffande tecken och symptom på ICANS och CRS.

**Dosjustering rekommendation**

Dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut görs vid svårare toxicitet, och då ska också behandling med steroider övervägas.

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20221007000020#dosage> för behandlingsvägledning vid CRS

- Tabell 4, ICANS - tabell 5, Andra biverkningar - tabell 6 samt återstart vid missad eller försenad dos.

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

- |   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)<br>_____<br>_____ | _____ | ..... |       |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart   | _____ | ..... |       |
| 3. Epkoritamab _____ mg<br>Ges subkutant  | _____ | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling  | _____ | ..... |       |

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

- |   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)<br>_____<br>_____ | _____ | ..... |       |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart   | _____ | ..... |       |
| 3. Epkoritamab _____ mg<br>Ges subkutant  | _____ | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling  | _____ | ..... |       |