

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Myelom

RegimID: NRB-10033

Karfilzomib 1/v-Cyklofosfamid-Dexametason, kur 1, startdoser (K (1/v)CD-startdoser)

Diagnoskod: C90

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Karfilzomib Intravenös infusion 20 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Karfilzomib Intravenös infusion 70 mg/m ² (kroppsyta)								x1							x1							
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1							
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1						x1	x1						x1	x1						

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Karfilzomib Intravenös infusion 20 mg/m ² (kroppsyta)								
Karfilzomib Intravenös infusion 70 mg/m ² (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m ² (kroppsyta)								
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1						

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Karfilzomib: Risk för infusionsreaktion. Följ blodtryck och puls.

Dexametason ska ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus (speciellt kalium) med kreatinin. Blodtryckskontroll.

Karfilzomib: Patienter med en kroppsyta över 2,2 m² ska få en dos baserad på 2,2 m². Adekvat uppvätskning krävs innan den första dosen ges.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

Vid hjärthändelser (hjärtpåverkan, hjärtsvikt) av grad 3-4 avbryt behandlingen tills dessa gått tillbaka. Överväg att återuppta behandlingen med en dossänkning, se FASS.

Antiemetika

Medeleemetogen pga cyklofosfamid. Kortison ingår i regimen. Vb. tillägg av 5-HT3-blockerare, tex ondansetron 8 mg, dag 1,8 15.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 10 min.

10 min.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt