

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 - Myelom

RegimID: NRB-10035

**Karfilzomib 2/v-Cyklofosfamid-Dexametason, kur 2 osv, underhållsdoser (K (2/v)CD-underhållsdoser)**

Diagnoskod: C90

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
Karfilzomib Intravenös infusion 36 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1						x1	x1						x1	x1					
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m <sup>2</sup> (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 36 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1						

Medeleemetogen.

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 m<sup>2</sup> ska få en dos baserad på 2,2 m<sup>2</sup>. 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 cyklofosamid. Kortison ingår i regimen. Tillägg av 5-HT3-blockerare, tex ondansetron 8 mg, dag 1,8 15 vb.

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

<b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)	_____	_____	_____
<b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet		_____	.....
<b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____		_____	.....
<b>4. Karfilzomib _____ mg</b> i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____
<b>5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg</b> Ges peroralt		_____	_____

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

<b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)	_____	_____	_____
<b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet		_____	.....
<b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____		_____	.....
<b>4. Karfilzomib _____ mg</b> i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____

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

1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)			
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			.....
4. <b>Karfilzomib</b> _____ <b>mg</b> i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		
5. <b>Cyklofosamidmonohydrat</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt			

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

1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)			
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			.....
4. <b>Karfilzomib</b> _____ <b>mg</b> i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		

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

1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)			
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			.....
4. <b>Karfilzomib</b> _____ <b>mg</b> i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		
5. <b>Cyklofosamidmonohydrat</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt			

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

<p><b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt <i>(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)</i></p>				
<p><b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p>				.....
<p><b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____</p>				.....
<p><b>4. Karfilzomib _____ mg</b> i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.</p>		30 min.		

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

<p><b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt</p>				
--	--	--	--	--

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

<p><b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt</p>				
--	--	--	--	--