

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-6032

Karfilzomib-Dexametason, kur 2 osv, underhållsdoser (KD)

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 56 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1						x1	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 56 mg/m ² (kroppsyta)								
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1						

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Dexametason ska ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib.

Anvisningar för ordination

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

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.

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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet	_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____	_____	.....
4. Karfilzomib _____ mg i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	_____	30 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)	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet	_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____	_____	.....
4. Karfilzomib _____ mg 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. Dexametason _____ mg 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. 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)	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet	_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____	_____	.....
4. Karfilzomib _____ mg 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. Dexametason _____ mg 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. 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)	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet	_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____	_____	.....
4. Karfilzomib _____ mg i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____

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