

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-9759

Pembrolizumab-Karboplatin (AUC 5)-NabPaklitaxel

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22	
Pembrolizumab Intravenös infusion 2 mg/kg (kroppsvikt)	x1																						
Paklitaxel Nab Intravenös infusion 125 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1								
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																						

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Pembrolizumab ska administreras först.*

Använd inbyggt eller monterat filter med låg proteinbindningsgrad (porstorlek 0,2 -0,5 mikrometer).

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Sköterskekontakt en vecka efter behandling, därefter kontakt enligt individuell bedömning. Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som främst berör GI, lever, hud, neurologi och endokrina system. Kontroll av perifer neuropati.

Anvisningar för ordination*Pembrolizumab*

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: albumin, ALP, ALAT, bilirubin, LD

Amylas, CRP, glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

Dessa kontroller ska också följas en gång/månad i 6 månader efter avslutad behandling.

Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som kan uppkomma sent. Immunhämmande behandling med i första hand kortikosteroider kan behövas, se stöddokument <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-vid-behandling-med-checkpointhammare/#>.

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

LPK >2,5, neutrofila >1,0, TPK >100 för start av cytostatika

Överväg tillägg av G-CSF i form av filgrastim, ex dag 3-5, 10-12, 17-19.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Alternativ dosering: AUC=2 dag 1,8 eller AUC=1,5 dag 1,8,15

Nab-Paklitaxel: Överväg dosreduktion till 100 mg/m²

Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation*Pembrolizumab:* Dosreduceras ej. Upphåll eller behandlingsavslut vid toxicitet.*Nab-Paklitaxel:* Överväg dosreduktion till 100 mg/m² (Perifer neuropati, allmäntillstånd, benmärgstoxicitet)*Karboplatin:* Alternativ dosering: AUC=2 dag 1,8 eller AUC=1,5 dag 1,8,15**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 1\),](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- (dag 1),)[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 8 och 15\).](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag- (dag 8 och 15).)

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

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
3. Pembrolizumab _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.			
4. Paklitaxel Nab _____ mg Ges intravenöst under 30 min.		30 min.			
5. Karboplatin _____ mg i 250 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Paklitaxel Nab _____ mg
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Paklitaxel Nab _____ mg
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |