

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-7802

Pembrolizumab-Nab-Paklitaxel veckovis 21 dagar med paus

Diagnoskod: C50

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 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1															

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Pembrolizumab:*

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.

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

Nab-Paklitaxel:

Infusionssetet för administrering ska ha ett 15 mikrometer filter.

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/globalassets/regimbiblioteket/dokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-vid-behandling-med-checkpointinhammare.pdf>).

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

Nab-Paklitaxel:

Blodstatus inkl. neutrofila, LPK >2,5, neutrofila >1,0, TPK >100 för start. Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation*Pembrolizumab:*

Dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut vid toxicitet.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag>

DAG 1 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. 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. | | _____ | _____ |

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. | | _____ | _____ |