

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-6199

**Bortezomib-Daratumumab sc-Talidomid-Dexametason,
induktion kur 1-2 (Daratumab sc-VTD)**

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
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ²	x1			x1				x1			x1										
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg	x1							x1							x1						
Talidomid Peroral kapsel 100 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1	x1						x1	x1						x1	x1					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ²								
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg	x1							
Talidomid Peroral kapsel 100 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1	x1						

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Daratumab* - Ökad beredskap för injektionsrelaterade reaktioner, särskilt vid första injektionen.*Daratumab* subkutan injektion ges i den subkutana vävnaden i buken cirka 7,5 cm till höger eller vänster om naveln under cirka 3-5 minuter. Växla injektionsställen för injektioner som ges efter varandra. Se FASS.*Talidomid* skall tas som en engångsdos vid sänggåendet för att minska effekten av somnolens.*Bortezomib* - det bör gå minst 72 timmar mellan två på varandra följande doser.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus. Induktion 1 startar med fulldos.

Premedicinering - förutom Dexametason som ingår i regimen, ges t.ex tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen. Vid behov kan tablett Montelukast 10 mg övervägas.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

Bortezomib - Neuropatier, grad 1 med smärta eller grad 2 (måttliga symtom; begränsande instrumentell Allmän Daglig Livsföring (ADL)) - reducera dosen till 1,0 mg/m² eller ge dos 1,3 mg/m² en gång/vecka.

Grad 2 med smärta eller grad 3 (allvarliga symtom; begränsande egenomsorgs-ADL) - Avbryt behandlingen tills symtomen på toxicitet har försvunnit. När toxiciteten avklingat återupptas behandlingen, dosen reduceras till 0,7 mg/m² en gång per vecka.

Grad 4 - avbryt behandlingen. Se FASS.

Talidomid - vid biverkningar reduceras dosen till 50 mg dagligen.

Daratumumab-dosen bör inte reduceras.

Överväg stödbehandling med transfusioner eller G-CSF.

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

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

3. Premedicinering för Daratumumab

(Ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen.)

4. **Daratumumab** _____ mg

Ges subkutant

5. **Talidomid** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Talidomid** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Talidomid** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Bortezomib** _____ **mg**

Ges subkutant

2. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Bortezomib** _____ **mg**

Ges subkutant

3. Premedicinering för Daratumumab
(Ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen.)

4. **Daratumumab** _____ **mg**

Ges subkutant

5. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Bortezomib** _____ **mg**

Ges subkutant

2. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

2. Premedicinering för Daratumumab
(Ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen.)

3. **Daratumumab** _____ **mg**

Ges subkutant

4. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** _____
Ges peroralt

2. Premedicinering för Daratumumab _____
(Ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen.)

3. **Daratumumab** _____ **mg** _____
Ges subkutant

4. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** _____
Ges peroralt

2. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Talidomid _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Talidomid _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos
