

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-5466

Bortezomib-Lenalidomid-Dexametason 21 dagar (VRD)

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
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ²	x1			x1				x1			x1											
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1	x1		x1	x1			x1	x1		x1	x1										

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Bortezomib* - det bör gå minst 72 timmar mellan två på varandra följande doser.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus och neutrofila. Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation*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.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt2. Bortezomib _____ mg
Ges subkutan3. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 4 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. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

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. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

DAG 11 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. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt