Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Njurcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ, Remissionssyftande
RegimID: NRB-7534

Axitinib-Pembrolizumab var 3:e vecka

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	x1																					
Axitinib Peroral tablett 5 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Pembrolizumab: Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

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

Använd ett infusionsset med inbyggt eller monterat filter (porstorlek 0,2 mikrometer).

Axitinib: Kan ge högt blodtryck och detta kan uppkomma fort. Vid ev. dosreduktion eller utsättning, var uppmärksam på hypotoni.

Grapefrukt och johannesört får ej intas under behandlingen.

Anvisningar för ordination

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: Albumin, ASAT, ALAT, ALP, bilirubin, LD

Amylas, CRP, b-glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

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

Axitinib: Startdos med 5 mg x 2. Vid frånvaro av biverkningar av grad 3 och 4 under de första två veckornas behandling samt ett blodtryck (behandlat eller obehandlat) under 150/90 mm Hg, kan dosen ökas till 7 mg x 2 efter två cykler (6 veckor). Om denna dos tolereras väl enligt samma premisser kan dosen ökas till 10 mg x 2.

Vid måttligt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh B) sänks startdos till 2 mg X 2.

Observans på hud- och GI-biverkningar.

Pembrolizumab: Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som kan uppkomma sent. Immunhämmande behandling med i första hand kortikosteroider kan behövas, se vidare https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/regimbiblioteket/dokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-med-checkpointhammare.pdf .

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

Dosjustering rekommendation

Uppehåll eller dosreduktion kan bli nödvändig pga biverkningar.

*Pembrolizumab: D*osreduceras ej. Uppehåll görs vid vid toxicitet, enl. tabell 1 i FASS (https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20150808000062#dosage)

*Axitinib: D*oserduceras stegvis 3 mg X 2 till 2 mg x 2.

Vid förhöjda levervärden (ASAT eller ALAT $>$ 3 X normalvärde) görs uppehåll med båda läkemedel. Se instruktioner i FASS (Keytruda) under tabell 1 för vidare hantering och eventuell återinsättning.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Axitinib _____ mg Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. Axitinib _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Pembrolizumab _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 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. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Axitinib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Axitinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt