

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Myelom

Behandlingsavsikt: Palliativ, Remissionssyftande
RegimID: NRB-10035

Karfilzomib 2/v-Cyklofosfamid-Dexametason, kur 2 osv, underhållsdoser (K (2/v)CD-underhållsdoser)

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
Karfilzomib Intravenös infusion 36 mg/m ²	x1	x1						x1	x1						x1	x1					
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m ²	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1	x1						x1	x1						x1	x1					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Karfilzomib Intravenös infusion 36 mg/m ²								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m ²								
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1	x1						

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Karfilzomib: Risk för infusionsreaktion. Följ blodtryck och puls.

Dexametason ska ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus (speciellt kalium) med kreatinin. Blodtryckskontroll.

Karfilzomib: Patienter med en kroppsytta över 2,2 m2 ska få en dos baserad på 2,2 m2. Adekvat uppvätskning krävs innan den första dosen ges.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

Vid hjärthändelser (hjärtpåverkan, hjärtsvikt) av grad 3-4 avbryt behandlingen tills dessa gått tillbaka. Överväg att återuppta behandlingen med en dossänkning, se FASS.

Antiemetika

Medelemetogen pga cyklofosamid. Kortison ingår i regimen. Tillägg av 5-HT3-blockerare, tex ondansetron 8 mg, dag 1,8 15 vb.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. Karfilzomib _____ mg

i 100 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. Dexametason _____ mg**

Ges peroralt

*(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)***2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml***Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet***3. Tablett/Injektion Antiemetika**_____
_____**4. Karfilzomib _____ mg**

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Dexametason _____ mg**

Ges peroralt

*(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)***2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml***Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet***3. Tablett/Injektion Antiemetika**_____
_____**4. Karfilzomib _____ mg**

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Dexametason _____ mg**

Ges peroralt

*(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)***2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml***Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet***3. Tablett/Injektion Antiemetika**_____
_____**4. Karfilzomib _____ mg**

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

DAG 16

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 22

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

DAG 23

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt
