

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

Behandlingsavsikt: Palliativ

Pembrolizumab-Karboplatin AUC 5 -Gemcitabin

RegimID: NRB-7801

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																					
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x1							x1														

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Pembrolizumab ska administreras först!**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).

Anvisningar för ordination*Pembrolizumab*

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: albumin, ALP, ALAT, bilirubin, LD

Pankerasamylas, 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 (Bedömning och hantering av biverkningar av checkpointhämmare Pembrolizumab)

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

För behandlingsstart neutrofila $>1,5$ och TPK >100 .

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerat GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Vid långvarig neutropeni/neutropen feber överväg G-CSF.

Gemcitabin ger ökad strålkänslighet. Minst en vecka mellan infusion och strålbehandling mot thorax (lunga), både före och efter infusionen.

Låg emetogenicitet dag 8.

Veckodoser - Blodstatus inkl. neutrofila, neutrofila $\geq 0,5$, TPK ≥ 50

Dosjustering rekommendation*Pembrolizumab*

Dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut vid toxicitet.

Hematologisk toxicitet

Neutrofila $< 1,5$ och/eller TPK < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

NADIR-värde för leukocyter $< 2,0$ och/eller neutrofila $< 1,0$ - ge nästa kur med 80 % av doserna för båda läkemedlen (Karboplatin och Gemcitabin).

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter $< 2,0$ och/eller neutrofila $< 1,0$ - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

Vid NADIR-värde för trombocyter < 75 överväg dosreduktion alternativt byte av regim.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

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

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag-> (dag 8).

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

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Pembrolizumab _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> <p>4. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> <p>5. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> | <p>30 min.</p> <p>30 min.</p> <p>30 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|--|--|

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

- | | | | |
|---|----------------|--|--|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Gemcitabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> | <p>30 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>_____</p> |
|---|----------------|--|--|