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 - Bröstcancer

RegimID: NRB-9530

Pembrolizumab var 6:e vecka-EC 90 DD (Pembrolizumab 6:e vecka-Cyklofosfamid-Epirubicin Dostät)

Diagnoskod: C50

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Pembrolizumab Intravenös infusion 4 mg/kg (kroppsvikt)	x1																				
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)		x1														x1					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Pembrolizumab Intravenös infusion 4 mg/kg (kroppsvikt)																					
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m^2 (kroppsyta)								x1													
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m^2 (kroppsyta)								x1													
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)									x1												

Dag	43	44
Pembrolizumab Intravenös infusion 4 mg/kg (kroppsvikt)	x1	
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)		x1

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration 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).

Epirubicin:

Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination
Pembrolizumab:

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: albumin, ALP, ALAT, bilirubin, LD

Pankreasamylas, 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 vid behandling med checkpointhämmare).

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

LPK >2,5, neutrofila >1,0, TPK >100 för start av cytostatika.

Pegfilgrastim: Får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi. Kan bytas mot Filgrastim < 70 kg 30 ME, > 70 kg 48 ME dag 4-11, 18-25, 32-39 efter cytostatikabehandling.

Epirubicin: max ackumulerad dos 1000 mg/m2.

Dosjustering rekommendation
Pembrolizumab dosjusteras inte, uppehåll vid toxicitet.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-6-1-dag/

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Pembrolizumab _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. **Epirubicin _____ mg** i 250 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. **Pegfilgrastim _____ mg** Ges subkutant			_____	_____

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Epirubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Pegfilgrastim _____ mg** Ges subkutant			_____	_____

DAG 29 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Epirubicin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

DAG 30 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Pegfilgrastim _____ mg** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 43 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Pembrolizumab _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
5. **Epirubicin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

DAG 44 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Pegfilgrastim _____ mg** _____ _____
   Ges subkutant