

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Bröstcancer

RegimID: NRB-9530

**Pembrolizumab var 6:e vecka-EC 90 DD** (Pembrolizumab

6:e vecka-Cyklofosfamid-Epirubicin Dostät)

Diagnoskod: C50

Ordnation/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 <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														x1						
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m <sup>2</sup> (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 <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1													
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m <sup>2</sup> (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 <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	
Epirubicin Intravenös infusion 90 mg/m <sup>2</sup> (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/m<sup>2</sup>.

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

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                                   |  |  |       |       |
|---------------------------------------------------|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Pegfilgrastim</b> _____ mg<br>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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>            |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____                                                            |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Epirubicin</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.              | 30 min. |  | _____ | _____ |

**DAG 16** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                                   |  |  |       |       |
|---------------------------------------------------|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Pegfilgrastim</b> _____ mg<br>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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>            |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____                                                            |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Epirubicin</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.              | 30 min. |  | _____ | _____ |

**DAG 30** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                                   |  |  |       |       |
|---------------------------------------------------|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Pegfilgrastim</b> _____ mg<br>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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>            |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____                                                            |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Pembrolizumab</b> _____ mg<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.           | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Epirubicin</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.              | 30 min. |  | _____ | _____ |

**DAG 44** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                                   |  |  |       |       |
|---------------------------------------------------|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Pegfilgrastim</b> _____ mg<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---------------------------------------------------|--|--|-------|-------|