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 - Gallblåse- och gallvägscancer

RegimID: NRB-13364

Pemigatinib

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
Pemigatinib Peroral tablett 13,5 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontakt med sjuksköterska för biverkningskontroll, främst hand-fotsyndrom, symptom från mage-tarm. Första kurerna en gång/vecka därefter enligt individuell bedömning.

Missad dos tas bara om det är mer än 20 timmar till nästa dos.

Vid kräkningar tas inte någon extra dos, utan nästa dos tas vid nästa planerade tidpunkt.

Johannesört och grapefrukt får ej intas under pågående behandling.

Pemigatinib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Inför varje kur: blod-, lever- och elektrolytstatus (Ca, Mg, Fosfat) med kreatinin

Serumfosfat kontrolleras 2 gånger per vecka initialt. Hyperfosfatemi utvecklas vanligtvis inom de första 15 dagarna. Tillägg av en fosfatsänkande behandling bör övervägas när nivån är > 7 mg/dl. Dosen av fosfatsänkande behandling ska justeras tills serumfosfatnivån återgår till < 7 mg/dl.

Oftalmologisk undersökning, inklusive OCT varannan månad under de första sex månaderna av behandlingen, var tredje månad därefter, och akut när som helst vid synsymtom.

Ögondroppar/ gel mot torra ögon rekommenderas under behandling.

Recept på loperamid.

Dosjustering rekommendation
Tillfällig utsättning och dossänkning kan bli nödvändig för att hantera biverkningar och interaktioner.

Dossänkning sker i två steg - 9 mg (67% av startdos) - 4,5 mg (33% av startdos).

Vanligaste biverkningarna som leder till dossänkning eller utsättning är hyperfosfatemi:

Fosfat > 1.78 mmol/l och < 2.26 mmol/l - starta lågfosfat diet

Fosfat >2.26 mmol/l och < 3.23 mmol/l sätt in fosfatbindare ex Sevelamer (Renvela) 800mg x 3 med ev ökning till 1600mg x 3. Pausa under behandlingspaus av Pemigatinib.

Fosfat > 3.23 mmol/l trots fosfatbindare pausa Pemigatinib till fosfat < 2.26 mmol/l och överväg dosreduktion till 9mg.
För ytterligare informatiom om dosjustering utifrån fosfatvärden, se
https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20191122000055#dosage

Doseringsanvisningar för hantering av exudativ näthinneavlossning se
https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20191122000055#caution .

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Pemigatinib** _____ **mg**
   Ges peroralt