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 - Lungcancer

RegimID: NRB-15412

Amivantamab SC-Karboplatin-Pemetrexed kur 1 - 80 kg och över (Subkutan Ami-Karbo-Peme)

Diagnoskod: C34

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**
Pemetrexed Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																				
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																				
Amivantamab Subkutan injektion 2240 mg (standarddos)	x1																				
Amivantamab Subkutan injektion 3360 mg (standarddos)								x1							x1						

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Pemetrexed och Amivantamab* - Kontrollera att patienten tagit/fått sin premedicinering.

Amivantamab: Ökad beredskap för administrationsrelaterad reaktion (IRR).

Högst risk för IRR vid dos 1 i kur 1. Kontroll av blodtrycket före start.

Vid IRR grad 1-3, avbryt injektion till symptom försvunnit och återuppta därefter injektion.

Premedicinering vid nästa dostillfälle, inklusive betametason (16 mg) eller motsvarande (se https://fass.se/health/product/20250228000069/fass-text#dosage.

Återkommande grad 3 eller grad 4 (livshotande): Sätt ut Amivantamab permanent.

Anvisningar för ordination
Kontroll av blod inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin. För behandlingsstart TPK >100 och LPK >3,0 eller neutrofila >1,5.

Karboplatin:

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

(Sammanfattande, kombinerat premedicineringsförslag finns under rubriken övrigt.)

Pemetrexed - För att minska toxicitet ska behandling ske med:

- Folsyra peroralt, dos 400-500 mikrog/dag, minst 5 dagar före start av Pemetrexed, under hela behandlingsperioden samt t o m 3 veckor efter sista behandlingen.
- Vitamin B12 (hydroxykobalamin) intramuskulärt eller subkutant, dos 1000 mikrogram. Första dos under veckan före första behandlingsdag Pemetrexed. Därefter en gång var nionde vecka och kan då ges samma dag som Pemetrexed. Om vitamin B12 ges peroralt sedan tidigare av substitutionsskäl, kan peroral dos (cyanokobalamin) 1 mg dagligen fortsätta istället för byte till intramuskulär dos.
- NSAID och salicylpreparat skall undvikas 2 dagar före t o m 2 dagar efter Pemetrexed.
- Betametason mot hudtoxicitet: dagen före behandling, behandlingsdagen samt dagen efter behandlingen ges Betapred 8 tabletter = 4 mg morgon och kväll, totalt 24 mg.

Amivantamab - Premedicinering för att minska risk för toxicitet:

- Betametason (alt dexametason), desloratadin, paracetamol för IRR:

Dag 1, 1 timma före första dos: desloratadin 10 mg po, paracetamol 1000 mg, 16 mg Betametason po alt iv.

Om ingen reaktion premedicineras endast med antihistamin och paracetamol före följande doser tex. desloratadin 10 mg po, paracetamol 1000 mg 1 timme före.

Om reaktion förekommer premedicineras även med kortison vid följande doser.
https://fass.se/health/product/20250228000069/fass-text

- Tetracyklin (tex tetralysal eller doxyferm) mot hudtoxicitet bör ges.

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet

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

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

Pemetrexed

Om grad 3-4 toxicitet exempelvis mukosit, vårdkrävande diarré mm dosreduceras fortsättningsvis till 75%.

Om grad 3-4 neurotoxicitet avsluta Pemetrexed.

Amivantamab

Vid biverkningar grad 3-4 görs uppehåll i behandlingen tills grad </=1 eller utgångsläge. Återuppta med aktuell dos vid uppehåll i högst 7 dagar. Vid längre uppehåll återupptas behandling med reducerad dos. Se
https://fass.se/health/product/20250228000069/fass-text

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: Dag 1:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-6-1-dag/. Dag 8 och 15:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/.

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kontrollera att patienten tagit/fått sin premedicinering för pemetrexed		_____	.....	
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Blodtryck och puls			.....	
4. Premedicinering för Amivantamab *(Premedicinering med Netupitant/palonosetron, Betametason 16 mg p.o, desloratadin 10 mg po, paracetamol 1000 mg. (Antiemetika och IRR) ges 1 timma före start av amivantamab.)*		_____	_____	.....
5. Pemetrexed _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____
6. Karboplatin _____ mg i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7. Amivantamab _____ mg Ges subkutant			_____	_____
8. Följ blodtryck och puls under behandling.			.....	

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Premedicinering för Amivantamab *(Antihistamin och paracetamol 1 timma före behandling.* *Kortison om tidigare reaktion.)*		_____	_____	.....
2. Amivantamab _____ mg Ges subkutant			_____	_____

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Premedicinering för Amivantamab *(Antihistamin och paracetamol 1 timma före behandling.* *Kortison om tidigare reaktion.)*		_____	_____	.....
2. Amivantamab _____ mg Ges subkutant			_____	_____