

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

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

## Antitumoral regim - Lungcancer Pembrolizumab-Karboplatin-Nab-Paklitaxel

Indikation: Icke-småcellig lungcancer C34

Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Kurativ

RegimID: NRB-4669

## 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																					
Paklitaxel Nab Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup>	x1							x1							x1							
Karboplatin Intravenös infusion 6 x (GFR+25) mg	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 med låg proteinbindningsgrad (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

Amylas, 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 FASS.

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >2,0.

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

Kontroll av perifer neuropati.

*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 = korrigerad GFR (ml/min/1.73m<sup>2</sup>) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

**Dosjustering rekommendation***Pembrolizumab*

Dosreduceras ej. Upphåll eller behandlingsavslut vid toxicitet.

*Hematologisk toxicitet*

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

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

**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>Paklitaxel Nab</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 30 min.                                  |  | 30 min. |  |  |  |  |
| 5. <b>Karboplatin</b> _____ mg<br>i 250 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.         |  | 30 min. |  |  |  |  |

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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