

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 - Lymfom

RegimID: NRB-12809

**Epkoritamab varannan vecka, kur 4-9 (DLBCL)**

Kurintervall: 28 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	
Epkoritamab Subkutan injektion 48 mg (standarddos)	x1														x1							

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Epkoritamab Subkutan injektion 48 mg (standarddos)								

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

BT, puls temp och andningsfrekvens (NEWS2) vid start av injektion, följ under behandling samt innan hemgång.

**Anvisningar för ordination**

Varje gång provtas:

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin, magnesium, fosfat

Leverstatus: albumin, ALP, ALAT, bilirubin, LD, lipas

Amylas, CRP, glukos och gamma-GT

Premedicinering:

Patienter som uppvisade CRS av grad 2 eller 3 vid tidigare dos:

Kortison (tex dexametason 15 mg dag 1-4), antihistamin (tex desloratadin 10 mg), paracetamol 1g

Patienten ska övervakas beträffande tecken och symptom på ICANS och CRS.

**Dosjustering rekommendation**

Dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut görs vid svårare toxicitet, och då ska också behandling med steroider övervägas.

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20221007000020#dosage> för behandlingsvägledning vid CRS

- Tabell 4, ICANS - tabell 5, Andra biverkningar - tabell 6 samt återstart vid missad eller försenad dos.

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |       |       |
|---|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)<br>_____<br>_____ |  | _____ | ..... |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart   |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Epkoritamab</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant  |  | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling  |  | _____ | ..... |

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

- |   |  |       |       |
|---|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)<br>_____<br>_____ |  | _____ | ..... |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart   |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Epkoritamab</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant  |  | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling  |  | _____ | ..... |