

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-12808

Epkoritamab veckovis, kur 2-3 (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							x1						

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Epkoritamab Subkutan injektion 48 mg (standarddos)	x1							

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
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)

_____ | _____ | |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart | _____ | |
| 3. Epkoritamab _____ mg
Ges subkutant | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling | _____ | |

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

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)

_____ | _____ | |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart | _____ | |
| 3. Epkoritamab _____ mg
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
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)

_____ | _____ | |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart | _____ | |
| 3. Epkoritamab _____ mg
Ges subkutant | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling | _____ | |

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Ej rutinmässigt p.g.a. minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)

_____ | _____ | |
| 2. NEWS2 kontroll före behandlingsstart | _____ | |
| 3. Epkoritamab _____ mg
Ges subkutant | _____ | _____ |
| 4. NEWS2 kontroll efter behandling | _____ | |