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 - Matstrups- och magsäckscancer

RegimID: NRB-13243

Pembro-FOLFOX (Pembrolizumab dag 1, FOLFOX dag 1, 15, 29)

Diagnoskod: C16.9

Kurintervall: 42 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
Pembrolizumab Intravenös infusion 4 mg/kg (kroppsvikt)	x1																				
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös infusion 400 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Fluorouracil Intravenös injektion 400 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 2400 mg/m^2 (kroppsyta)	→	→	*												→	→	*				

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	Ny kur dag 43
Pembrolizumab Intravenös infusion 4 mg/kg (kroppsvikt)																						
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m^2 (kroppsyta)								x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös infusion 400 mg/m^2 (kroppsyta)								x1														
Fluorouracil Intravenös injektion 400 mg/m^2 (kroppsyta)								x1														
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 2400 mg/m^2 (kroppsyta)								→	→	*												

* Pumpen kopplas bort.

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Pembrolizumab* och *Oxaliplatin*: Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion (IRR) inkl. anafylaktisk reaktion. För premedicinering se Anvisningar för ordination nedan.

Sjuksköterskekontakt enligt individuell bedömning och lokal rutin. Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som främst berör GI, lever, hud, neurologi och endokrina system.

Pembrolizumab: Använd ett infusionsset med inbyggt filter med låg proteinbindningsgrad (porstorlek 0,2 -1,2 mikrometer, polyetersulfonmembran).

Anvisningar för ordination
Denna regim kan ges med Kalciumfolinat 400 mg/m2 eller 200 mg/m2.

Villkor inför FOLFOX: neutrofila >/= 1,5 och TPK >/= 75

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom, förläng infusionstiden till 2-6 timmar.

Premedicinering (risk för infusionsrelaterad reaktion, IRR):

Oxaliplatin - Risk ökad efter flera kurer och vid återstart efter längre uppehåll (månader/år). Premedicinering minskar IRR risk och allvarlighetsgrad. Ge minst 6 mg Betapred ca 60 min före infusion (behåll antiemetika se RCC stöddokument antiemetika kap1.4), antihistamin kan övervägas från kur 1 (enl lokal rutin). Fr om kur 3 (efter totalt 6 FOLFOX behandlingar, dvs ca 3 mån efter oxaliplatinstart) eller vid återintroduktion oxaliplatin: ge fortsatt utökad premedicinering: tabl/inj Betapred 16 mg + antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg).

Pembrolizumab -Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges vid kommande behandlingar.

Baslinjeprover tas varannan - var 3:e vecka:

(pembrolizumab-kontroller tas enklast inför varje FOLFOX)

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: ALP, ALAT, bilirubin, LD

albumin, amylas, CRP, glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

Dessa baslinjeprover kontrolleras även en gång per månad, i totalt 6 månader efter avslutad behandling.

Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som kan uppkomma sent. Immunhämmande behandling med i första hand kortikosteroider kan behövas, se https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-vid-behandling-med-checkpointhammare/# .

Dosjustering rekommendation
Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

Pembrolizumab dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut görs vid svårare toxicitet, och då ska också behandling med steroider övervägas, se FASS och https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-vid-behandling-med-checkpointhammare/# .

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: Dag 1, 15 och 29:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin alternativt https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-5b-1-dag/

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Pembrolizumab _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Oxaliplatin _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
5. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. *(Ges parallellt med Oxaliplatin)*	60 min.		_____	_____
6. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
7. **Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg** Ges intravenöst via Bärbar infusionspump *(Efter 46 timmar kopplas pumpen bort.)*	46 tim.		_____	_____

DAG 15

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Oxaliplatin _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. *(Ges parallellt med Oxaliplatin)*	60 min.		_____	_____
5. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
6. **Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg** Ges intravenöst via Bärbar infusionspump *(Efter 46 timmar kopplas pumpen bort.)*	46 tim.		_____	_____

DAG 29 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Oxaliplatin _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. *(Ges parallellt med Oxaliplatin)*	60 min.		_____	_____
5. **Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
6. **Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg** Ges intravenöst via Bärbar infusionspump *(Efter 46 timmar kopplas pumpen bort.)*	46 tim.		_____	_____