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-13738

Tislelizumab-FOLFOX (Tislelizumab dag 1, FOLFOX dag 1, 15, 29)

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**
Tislelizumab Intravenös infusion 400 mg (standarddos)	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**
Tislelizumab Intravenös infusion 400 mg (standarddos)																						
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 *Tislelizumab infusionshastighet:*

- Om dosen 400mg används den allra första infusionen av tislelizumab ska behandlingen ges på 120 minuter.

- Om dosen 400mg används efter tidigare given behandling med tislelizumab 200 mg var 3:e vecka kan den första infusionen med 400mg ges på 90 minuter.

Om föregående behandling tolererats väl, kan den andra infusionen med 400mg administreras under 60 minuter. Om även den andra infusionen med 400mg tolereras väl kan efterföljande infusioner ges under 30 minuter.

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

Tislelizumab - Använd ett infusionsset med inbyggt eller monterat filter med låg proteinbindningsgrad (porstorlek 0,2 -0,22 mikrometer).

Vid IRR grad 1 - halvera infusionshastigheten av tislelizumab.

Vid IRR grad 2 - pausa tislelizumab infusionen. Återuppta infusion med halverad infusionshastighet om reaktionen gått tillbaka helt eller minskat till grad 1.

Vid IRR grad 3 eller 4 - sätt ut tislelizumab permanent.

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

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).

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

Baslinjeprover tas varannan - var 3:e vecka:

(tislelizumab-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
Tislelizumab dosreduceras inte. Uppehåll eller behandlingsavslut görs vid svårare toxicitet, då också behandling med steroider ska övervägas, se https://fass.se/health/product/20220304000085/smpc och RCC Stöddokument för hantering av biverkningar vid checkpointhämmare.

Oxaliplatin: 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

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.	**Tislelizumab _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Infusionstid 120 minuter ska användas om tislelizumab ges i dosen 400mg vid allra första kuren.)*	30 min.		_____	_____
4.	Om läkemedlet givits tidigare i dosen 200mg - ge den första högre dosen (400mg) under 90 minuter. Om det gått bra kan nästa dos 400mg ges på 60 minuter. Om även den tolereras väl kan efterföljande behandlingar ges med infusionstid 30 min.			.....	
5.	**Oxaliplatin _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
6.	**Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. *(Ges parallellt med Oxaliplatin)*	60 min.		_____	_____
7.	**Fluorouracil _____ mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
8.	**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.		_____	_____