

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 - Myelom

RegimID: NRB-2703

**Bortezomib-Cyklofosfamid-Dexametason (VCD)**

Diagnoskod: C90

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1			x1				x1			x1											
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1		x1	x1			x1	x1		x1	x1										

Medelemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration***Bortezomib* - det bör gå minst 72 timmar mellan två på varandra följande doser.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin. Kontroll av perifer neuropati.

**Dosjustering rekommendation***Bortezomib* - Neuropatier, grad 1 med smärta eller grad 2 (måttliga symtom; begränsande instrumentell Allmän Daglig Livsföring (ADL)) - reducera dosen till 1,0 mg/m<sup>2</sup> eller ge dos 1,3 mg/m<sup>2</sup> en gång/vecka.Grad 2 med smärta eller grad 3 (allvarliga symtom; begränsande egenomsorgs-ADL) - Avbryt behandlingen tills symtomen på toxicitet har försvunnit. När toxiciteten avklingat återupptas behandlingen, dosen reduceras till 0,7 mg/m<sup>2</sup> en gång per vecka.

Grad 4 - avbryt behandlingen. Se FASS.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/> utan betametason (dexametason ingår i kuren)

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt   | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Bortezomib</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant   |           | _____ | _____ |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                  |           | _____ | ..... |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |           | _____ | ..... |
| 5. <b>Cyklofosamidmonohydrat</b> _____ <b>mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min.   | _____ | _____ |

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Bortezomib</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |           | _____ | _____ |

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Bortezomib</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |           | _____ | _____ |

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

\_\_\_\_\_

2. **Bortezomib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

\_\_\_\_\_