

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Myelom

RegimID: NRB-6200

**Bortezomib-Daratumumab sc-Talidomid-Dexametason,
induktion kur 3-4 (Daratumab sc-VTD)**

Diagnoskod: C90

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	
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ² (kroppsyta)	x1			x1				x1			x1											
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg (standarddos)	x1														x1							
Talidomid Peroral kapsel 100 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1	x1																				
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)								x1	x1						x1	x1						

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ² (kroppsyta)								
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg (standarddos)								
Talidomid Peroral kapsel 100 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)								
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Daratumab - Ökad beredskap för injektionsrelaterade reaktioner, särskilt vid första injektionen.

Daratumab subkutan injektion ges i den subkutana vävnaden i buken cirka 7,5 cm till höger eller vänster om naveln under cirka 3-5 minuter. Växla injektionsställen för injektioner som ges efter varandra. Se FASS.

Talidomid skall tas som en engångsdos vid sänggåendet för att minska effekten av somnolens.

Bortezomib - det bör gå minst 72 timmar mellan två på varandra följande doser.

Talidomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus.

Premedicinering - förutom Dexametason som ingår i regimen, ges t.ex tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen. Vid behov kan tablett Montelukast 10 mg övervägas.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

Bortezomib - Neuropatier, grad 1 med smärta eller grad 2 (måttliga symtom; begränsande instrumentell Allmän Daglig Livsföring (ADL)) - reducera dosen till 1,0 mg/m² eller ge dos 1,3 mg/m² 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/m² en gång per vecka.

Grad 4 - avbryt behandlingen. Se FASS.

Talidomid - vid biverkningar reduceras dosen till 50 mg dagligen.

Daratumumab-dosen bör inte reduceras.

Överväg stödbehandling med transfusioner eller G-CSF.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

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

1. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Bortezomib _____ mg Ges subkutan		_____	_____
3. Premedicinering för Daratumumab (Ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen.)		_____
4. Daratumumab _____ mg Ges subkutan		_____	_____
5. Talidomid _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Bortezomib _____ mg
Ges subkutant | | _____ | _____ |
| 2. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 8 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 | | _____ | _____ |
| 3. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Talidomid _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

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

1. **Bortezomib** _____ **mg** _____
Ges subkutant

2. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

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

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

2. Premedicinering för Daratumumab
(Ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen.) _____

3. **Daratumumab** _____ **mg** _____
Ges subkutant

4. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

2. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

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

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Talidomid** _____ **mg** Kvällsdos _____
Ges peroralt

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Talidomid _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos
