

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-5467

Bortezomib-Lenalidomid-Dexametason 28 dagar (VRD)

Diagnoskod: C90

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/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						
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1						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)								
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg (standarddos)								
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Lenalidomid Peroral kapsel

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus och neutrofila. Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation*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.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunkskapsbanken.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 subkutant | | _____ | _____ |
| 3. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

DAG 15 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. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt