

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
Daratumumab-MPV, kur 1

Kurintervall: 42 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-7737

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg	x1							x1							x1						
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ²	x1			x1				x1		x1											
Melfalan Peroral tablett 9 mg/m ²	x1	x1	x1	x1																	
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1							x1													
Prednisolon Peroral tablett 60 mg/m ²		x1	x1	x1																	

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
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg	x1							x1							x1							
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ²	x1			x1				x1		x1												
Melfalan Peroral tablett 9 mg/m ²																						
Dexametason Peroral tablett 20 mg																						
Prednisolon Peroral tablett 60 mg/m ²																						

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

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

Daratumumab 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.

Efter första och andra injektionen bör patienten stanna på mottagningen i minst 4 timmar för observation. Om ingen reaktion kan patienten gå hem direkt efter injektion 3 och nästkommande behandlingsdagar.

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.

Daratumumab premedicinering - Dexametason ingår i regimen dag 1 (och ersätter då Prednisolon) och dag 8.

Dexametason ges 1-3 timmar innan behandling. Om reaktion uteblir behövs ingen premedicinering inför följande doser.

Övrig premedicinering - dos 1 och 2, ge tablett Paracetamol 1000 mg och Cetirizin 10 mg, 1-3 timmar före injektionen. Vid behov kan tablett Montelukast 10 mg övervägas. Om reaktion uteblir behövs ingen premedicinering inför följande doser.

Dosjustering rekommendation

Kontroll av blodstatus 2-3 veckor efter kurstart. *Melfalan* - upptag varierar mellan olika individer.

NADIR-värde för neutrofila > 2,0 och TPK > 100 - öka Melfalandosen i nästa kur med 25-30 %.

NADIR-värde för neutrofila < 0,5 och TPK < 50 - minska Melfalandosen i nästa kur med 25-30 %.

Bortezomib - Neuropatier, grad 1 med smärta eller grad 2 (måttliga symtom; begränsande instrumentell 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; personlig 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.

Daratumumab-dosen bör inte reduceras.

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

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

(Ges 1-3 timmar innan *Daratumab*.)

2. **Daratumumab** _____ mg

Ges subkutant

3. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

4. **Melfalan** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ mg

Ges peroralt

2. **Melfalan** _____ mg

Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg

Ges peroralt

2. **Melfalan** _____ mg

Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Prednisolon** _____ mg

Ges peroralt

2. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

3. **Melfalan** _____ mg

Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

(Ges 1-3 timmar innan Daratumab.)

2. **Daratumumab** _____ mg

Ges subkutant

3. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Daratumumab** _____ mg

Ges subkutant

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Daratumumab** _____ mg

Ges subkutant

2. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

DAG 29 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Daratumumab** _____ **mg**

Ges subkutant

2. **Bortezomib** _____ **mg**

Ges subkutant

DAG 32 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Bortezomib** _____ **mg**

Ges subkutant

DAG 36 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Daratumumab** _____ **mg**

Ges subkutant