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 - Myelom

RegimID: NRB-7736

Daratumumab-MPV, kur 2-9

Diagnoskod: C90

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
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg (standarddos)	x1																				
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1													
Melfalan Peroral tablett 9 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1																	
Prednisolon Peroral tablett 60 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	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 (standarddos)	x1																					
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1														
Melfalan Peroral tablett 9 mg/m^2 (kroppsyta)																						
Prednisolon Peroral tablett 60 mg/m^2 (kroppsyta)																						

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Daratumumab* - Eventuell beredskap för injektionsrelaterade reaktioner beror på erfarenheterna från kur 1.

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.

Melfalan Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas en halv timme före måltid

Anvisningar för ordination
Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin.

Kontroll av perifer neuropati.

Daratumumab premedicinering - om inga reaktioner under kur 1 behövs ingen premedicinering inför följande doser. Om reaktion, se kur 1 eller FASS för premedicinering.

Dosjustering rekommendation
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.

Grad 4 - avbryt behandlingen. Se FASS.

*Daratumuma*b-dosen bör inte reduceras.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/
(behandlingsdagarna)

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednisolon _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
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	Morgondos		_____	_____
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	Morgondos		_____	_____
2. Melfalan _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Bortezomib** _____ **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 29 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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