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-7946

Daratumumab vecka 1-8

Diagnoskod: C90

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							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1							x1													

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg (standarddos)	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)																					

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg (standarddos)	x1							x1				
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)												

Minimalemetogen.
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.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin.

Premedicinering - Dexametason ingår i regimen dag 1 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
Daratumumab-dosen bör inte reduceras.

Överväg stödbehandling med transfusioner, G-CSF och gammaglobulin.

Antiemetika
Ingen rutinmässig behandling

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 1-3 timmar före Daratumumab.)
2. **Daratumumab** _____ **mg** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 1-3 timmar före Daratumumab.)
2. **Daratumumab** _____ **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

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

1. **Daratumumab** _____ **mg** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Daratumumab** _____ **mg** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 43 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Daratumumab** _____ **mg** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 50 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Daratumumab** _____ **mg** _____ _____
   Ges subkutant