

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

Daratumumab-VRD, Konsolidering kur 5-6

RegimID: NRB-7770

(Daratumumab-Bortezomib-Lenalidomid-Dexametason)

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Daratumumab Subkutan injektion 1800 mg	x1																					
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m ²	x1			x1				x1			x1											
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1	x1						x1	x1						x1	x1						

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.*Bortezomib* - det bör gå minst 72 timmar mellan två på varandra följande doser.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod- 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***Hematologisk toxicitet*, se FASS.*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

2. **Daratumumab** _____ **mg**

Ges subkutant

3. **Bortezomib** _____ **mg**

Ges subkutant

4. **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

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

Ges subkutant

2. **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

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

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. **Bortezomib** _____ mg

Ges subkutant

2. **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

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt