

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-15370

Isatuximab SC vecka 1-8 (Veckovis)

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
Isatuximab Subkutan injektion 1400 mg (standarddos)	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
Isatuximab Subkutan injektion 1400 mg (standarddos)	x1							x1							x1						

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
Isatuximab Subkutan injektion 1400 mg (standarddos)	x1							x1				

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Isatuximab - Ökad beredskap för injektionsrelaterade reaktioner, särskilt vid första injektionen.

Isatuximab subkutan injektion ges i den subkutana vävnaden i buken cirka 7,5 cm till höger eller vänster om naveln. Ges via CirCLIQ On-Body Delivery System (OBDS) under 13 -20 min se <https://www.medicininstruktioner.se/hcp/sanofi/sarclisa/> . Kan även ges manuellt med en spruta och ett infusionsset 5-8 minuter. Växla injektionsställen för injektioner som ges efter varandra.

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 - första fyra doserna med kortison tex Betapred 16 mg, Montulokast 10 mg, antihistamin tex Desloratadin 10 mg och Paracetamol 1000 mg, premedicinering ges 1 timma före behandling. Om reaktion uteblir behövs ingen premedicinering inför följande doser.

Dosjustering rekommendation

Isatuximab-dosreduceras inte, uppehåll vid toxicitet.

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. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

2. Premedicinering för Isatuximab

(kortison tex Betapred 16 mg, Montulokast 10 mg,
antihistamin tex Desloratadin 10 mg och Paraceta-
mol 1000 mg)

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

1. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

2. Premedicinering för Isatuximab

(kortison tex Betapred 16 mg, Montulokast 10 mg,
antihistamin tex Desloratadin 10 mg och Paraceta-
mol 1000 mg)

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

1. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

2. Premedicinering för Isatuximab

(kortison tex Betapred 16 mg, Montulokast 10 mg,
antihistamin tex Desloratadin 10 mg och Paraceta-
mol 1000 mg)

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

1. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

2. Premedicinering för Isatuximab

(kortison tex Betapred 16 mg, Montulokast 10 mg,
antihistamin tex Desloratadin 10 mg och Paraceta-
mol 1000 mg)

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

1. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

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

1. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

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

1. Isatuximab _____ mg

Ges subkutant

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

1. Isatuximab _____ **mg**

Ges subkutant
