

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-15371

Isatuximab SC vecka 9-24 (Varannan vecka)

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						

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													

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
Isatuximab Subkutan injektion 1400 mg (standarddos)	x1														x1						

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
Isatuximab Subkutan injektion 1400 mg (standarddos)								x1													

Dag	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
Isatuximab Subkutan injektion 1400 mg (standarddos)	x1														x1						

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Isatuximab - Eventuell beredskap för injektionsrelaterade reaktioner beror på erfarenheterna från kur 1-8.

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 under 5-8 minuter. Växla injektionsställen för injektioner som ges efter varandra.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin. För behandlingsstart neutrofila > 1,5 och TPK > 100. Vid lägre värden skjuts behandlingen upp 1-2 veckor.

Dosjustering rekommendation

Isatuximab-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. Isatuximab _____ mg Ges subkutant									
DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Isatuximab _____ mg Ges subkutant									
DAG 29	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 57	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Isatuximab _____ mg Ges subkutant									
DAG 71	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Isatuximab _____ mg Ges subkutant									
DAG 85	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Isatuximab _____ mg Ges subkutant									
DAG 99	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Isatuximab _____ mg Ges subkutant									