

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Myelom

Behandlingsavsikt: Palliativ, Remissionssyftande

Karfilzomib 1/v-Cyklofosfamid-Dexametason, kur 1,

RegimID: NRB-10033

startdoser (K (1/v)CD-startdoser)

Ordination/Administrering

Kurintervall: 28 dagar

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Karfilzomib Intravenös infusion 20 mg/m ²	x1																				
Karfilzomib Intravenös infusion 70 mg/m ²								x1							x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m ²	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1	x1						x1	x1						x1	x1					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Karfilzomib Intravenös infusion 20 mg/m ²								
Karfilzomib Intravenös infusion 70 mg/m ²								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m ²								
Dexametason Peroral tablett 20 mg	x1	x1						

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Karfilzomib: Risk för infusionsreaktion. Följ blodtryck och puls.

Dexametason ska ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus (speciellt kalium) med kreatinin. Blodtryckskontroll.

Karfilzomib: Patienter med en kroppsytta över 2,2 m2 ska få en dos baserad på 2,2 m2. Adekvat uppvätskning krävs innan den första dosen ges.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

Vid hjärthändelser (hjärtpåverkan, hjärtsvikt) av grad 3-4 avbryt behandlingen tills dessa gått tillbaka. Överväg att återuppta behandlingen med en dossänkning, se FASS.

Antiemetika

Medeleemetogen pga cyklofosamid. Kortison ingår i regimen. Vb. tillägg av 5-HT3-blockerare, tex ondansetron 8 mg, dag 1,8 15.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet

5. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 10 min.

10 min.

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet

5. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. Karfilzomib _____ mg

i 100 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt