

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

Karfilzomib 1/v-Cyklofosfamid-Dexametason, kur 2

osv, underhållsdoser (K (1/v) CD-underhållsdoser)

Kurintervall: 28 dagar

Behandlingsavsikt: Palliativ, Remissionssyftande

RegimID: NRB-10034

Ordination/Administrering

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 70 mg/m ²	x1							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 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 dag 1.)									
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							30 min.	_____	_____
i 100 ml Glukos 50 mg/ml									
Ges intravenöst under 30 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 1.)									

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 dag 8.)									
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							30 min.	_____	_____
i 100 ml Glukos 50 mg/ml									
Ges intravenöst under 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 8.)

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 dag 15.)

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 15.)

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