Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Myelom

RegimID: NRB-10034

Karfilzomib 1/v-Cyklofosfamid-Dexametason, kur 2 osv, underhållsdoser (K (1/v) CD-underhållsdoser)

Diagnoskod: C90

Kurintervall: 28 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
Karfilzomib Intravenös infusion 70 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	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 (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 300 mg/m^2 (kroppsyta)								
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	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 kroppsyta 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
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/ Kortison ingår i regimen. Vb. tillägg av 5-HT3-blockerare, tex ondansetron 8 mg, dag 1,8 och 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. Cyklofosfamidmonohydrat _____ 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 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. Cyklofosfamidmonohydrat _____ 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 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. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ 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 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