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-6031

Karfilzomib-Dexametason, kur 1, startdoser (KD)

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**
Karfilzomib Intravenös infusion 20 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1																			
Karfilzomib Intravenös infusion 56 mg/m^2 (kroppsyta)								x1	x1						x1	x1					
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1						x1	x1						x1	x1					

Dag	**22**	**23**
Karfilzomib Intravenös infusion 20 mg/m^2 (kroppsyta)		
Karfilzomib Intravenös infusion 56 mg/m^2 (kroppsyta)		
Dexametason Peroral tablett 20 mg (standarddos)	x1	x1

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Dexametason ska ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib.

Anvisningar för ordination

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

Adekvat uppvätskning krävs innan den första dosen ges. *OBS! - kurens längd är 28 dagar!*

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/

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)*	Morgondos		_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. 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)*	Morgondos		_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. Karfilzomib _____ mg i 100 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

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)*	Morgondos		_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. 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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Karfilzomib** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 100 ml Glukos 50 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 30 minuter - 4 timmar före Karfilzomib)
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Karfilzomib** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 100 ml Glukos 50 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Morgondos		_____	_____