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-6032

Karfilzomib-Dexametason, kur 2 osv, underhållsdoser

(KD)

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 56 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1						x1	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 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.

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 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)*	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 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** 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 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)*	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 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)*	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 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Dexametason** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____

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