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-10036

Lenalidomid-Cyklofosfamid-Dexametason (RCD)

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
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1							x1							x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg (standarddos)								
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1							
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg (standarddos)								

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Lenalidomid Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus och neutrofila. För behandlingsstart från kur 2 och efterföljande, neutrofila $\geq$ 1,0 och TPK $\geq$ 50.

Dexametason - dos 20-40 mg en dag per vecka kontinuerligt. Kan sättas ut när stabil respons har uppnåtts.

Cyklofosfamid kan även ges som veckopulsar, dvs ge Cyklofosfamid 500 mg po, dag 1, 8 och 15.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/. Om cyklofosfamid ges som pulsdos bör medel/ hög emetogen behandling ges i samband med dessa doser.

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

1. **Dexametason** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

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