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-15369

Teklistamab var 4:e vecka

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
Teklistamab Subkutan injektion 1,5 mg/kg (kroppsvikt)	x1																				

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Teklistamab Subkutan injektion 1,5 mg/kg (kroppsvikt)								

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Temperatur, vikt.

Obs! 2 styrkor finns. Kontrollera rätt styrka på förpackningen.

Teklistamab injiceras subkutant. Företrädelsevis i buken. Doser större än 2 ml delas upp i två injektioner och dessa ska ges med minst 2 cm mellan injektionsställen.

Injicera inte i tatueringar, ärr eller hudområden med rodnad, blåmärken, ömhet, förhårdnad eller som inte är intakta.

Anvisningar för ordination

Se också pm i referens.

Inför var dos kontrolleras: Hb, LPK, TPK, neutrofila CRP, elstatus

Regelbunden monitorering av leverstatus och CMV-DNA rekommenderas

Ny dos bör ej starta om: - Neutrofila är under 1,0 x 109 /L (G-CSF får ges) - TPK under 25 x 109 /L - Pågående CRS eller ICANS

Premedicinering med kortison, antihistamin och paracetamol, vid tidigare reaktion.

För hantering av biverkningar (CRS, ICANS, infektioner, hematologiska toxiciteter) se https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20220201000058.

Dosjustering rekommendation

Uppehåll vid toxicitet. Vid uppehåll mer än 62 dagar följ dosupptrappningschema enligt https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20220201000058 .

Antiemetika

Förslagsvis antiemetikaregim 2A eller 2B se stöddokument: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter–Antiemetikaregim-1-dag-

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

1. **Teklistamab _____ mg** _____ _____
   Ges subkutant