

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Njurcancer **Avelumab-Axitinib**

Kurintervall: 14 dagar

Behandlingsavskikt: Palliativ

RegimID: NRB-6738

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Avelumab Intravenös infusion 800 mg	x1														
Axitinib Peroral tablett 5 mg	x2														

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Avelumab:* Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion (IRR).Kontroll av blodtrycket före start. Vid IRR grad 1, sänk infusionshastigheten med 50%, Vid IRR grad 2 avbryt infusion och avvakta till IRR grad 1 eller remission och återuppta med lägre hastighet. Vid IRR \geq grad 3, avbryt Avelumab-behandling permanent.

Använd ett infusionsset med inbyggt eller monterat filter (porstorlek 0,2 mikrometer).

Sköterskekонтакт en vecka efter behandling, därefter kontakt enligt individuell bedömning. Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som främst berör GI, lever, hud, neurologi och endokrina system.

Axitinib: Kan ge högt blodtryck och detta kan uppkomma fort. Vid ev. dosreduktion eller utsättning, var uppmärksam på hypotoni.

Grapefrukt och johannesört får ej intas under behandlingen.

Anvisningar för ordination

Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: Albumin, ASAT, ALAT, bilirubin, LD

Amylas, CRP, b-glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

Dessa kontroller ska också följas en gång/månad i 6 månader efter avslutad behandling.

Avelumab: Premedicinering med tabletter Paracetamol 1 g och Desloratadin 10 mg 1-3 timmar före behandlingsstart. Ges vid de 4 första doserna, därefter efter individuell bedömning.

Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som kan uppkomma sent. Immunhämmande behandling med i första hand kortikosteroider kan behövas, se FASS.

Observans på hud- och GI-biverkningar

Axitinib: Startdos med 5 mg x 2. Vid frånvaro av biverkningar av grad 3 och 4 under de första två veckornas behandling samt ett blodtryck (behandlat eller obehandlat) under 150/90 mm Hg, kan dosen ökas till 7 mg x 2. Om denna dos tolereras väl enligt samma premisser kan dosen ökas till 10 mg x 2.

Vid måttligt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh B) sänks startdos till 2 mg X 2.

Dosjustering rekommendation

Uppehåll eller dosreduktion kan bli nödvändig pga biverkningar.

Avelumab: Dosreduceras ej. Uppehåll görs vid toxicitet, enl. tabell 1 i FASS
(<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20161011000039#dosage>)

Axitinib: Doserduceras stegvis 3 mg X 2 till 2 mg x 2.

Vid förhöjda levervärden (ASAT eller ALAT > 3 X normalvärde eller Bilurabin > 1,5 x normalvärde) görs uppehåll med båda läkemedel. Se instruktioner i FASS (Bavencio) under tabell 1.

DAG 1	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Axitinib	_____ mg		Morgondos						
	Ges peroralt								
2. Axitinib	_____ mg		Kvällsdos						
	Ges peroralt								
3. Premedicinering för Avelumab								
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml								
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>									
5. Kontroll av blodtrycket								
6. Avelumab	_____ mg		60 min.						
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml								
	Ges intravenöst under 60 min.								
7. Kontroll av blodtrycket var 15:e minut under de 4 första behandlingarna								

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Axitinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |