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 - Njurcancer

RegimID: NRB-7536

Kabozantinib tabletter-Nivolumab (Cabometyx och Nivolumab)

Diagnoskod: C64.9

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**
Nivolumab Intravenös infusion 6 mg/kg (kroppsvikt)	x1																				
Kabozantinib Peroral tablett 40 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**
Nivolumab Intravenös infusion 6 mg/kg (kroppsvikt)								
Kabozantinib Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Nivolumab*: Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

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

Använd ett infusionsset med inbyggt filter med låg proteinbindningsgrad (porstorlek 0,2 -1,2 mikrometer, polyetersulfonmembran).

Kabozantinib: Fall av osteonekros i käken har observerats med kabozantinib. Patienter bör instrueras om vikten av god munhygien. Behandlingen med Kabozantinib bör om möjligt avbrytas minst 28 dagar före planerad tandkirurgi eller invasiva tandingrepp

Grapefrukt och johannesört får ej intas under pågående behandling.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 12 timmar kvar till nästa planerade dos.

Kabozantinib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination
Läkarbesök/kontakt enligt individuell bedömning och klinikens riktlinjer.

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, Mg, kreatinin

Leverstatus: albumin, ALAT, ASAT, bilirubin, LD

Amylas, CRP, glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

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

Blodtryck en gång/vecka under första kuren därefter en gång/månad.

Observans på hud och GI-biverkningar.

Munundersökning regelbundet under behandlingen.

Urinsticka (proteinuri)

Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som kan uppkomma sent. Immunhämmande behandling med i första hand kortikosteroider kan behövas, se https://ct-url-protection.portal.checkpoint.com/v1/load/ol7mNOxract4rijX05TOQv5wPAg2RVoCRVS3ddemPWoUTmfAzqC3ZTHbxAjiq55hsNqMQn2Q9Z-3T97VzSXfvQjIfns6mWRKCuEnfSidTHmYp9XeP3jC9mfM_v5OJsYImHcpCXoPxhKwKL9B15-2MG-C1KP6EQMwQ3gn7zj0mPu6jK-pWwjzR8G7XgiMONw8AAAH2cejA0O2oD2gi-bNMQbzGoEqNwthHYNbS-cKbpMl4A5fnI6K8TOaybpUFErybpyXJISd8WTYTsZPLS-RaO4b34LBBlwS1P_Te6SUyPLG_Pwmunh_nR3_WE-bQulCUeYvlyuOFWLJTY74VlwgRVc83IO4MZQJdnHylxL438ic-EZj2Iqx7EC3u-c0yD-6cFQMPQu3mzk3DrN6WfuDju9CXAds1_eCp1mEwf2dM7LcINxr3927AV_9_u9VfMM_GCrjefRg720q5FjiC8k .

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

Dosjustering rekommendation
Uppehåll eller dosreduktion kan bli nödvändig pga biverkningar.

Nivolumab dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut görs vid svårare toxicitet enligt tabell 5 i FASS (https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20141009000029#dosage).

Kabozantinib dosreduceras stegvis till 20 mgX1 och därefter 20 mg varannan dag.

Vid förhöjda levervärden (ASAT eller ALAT > 3 X normalvärde) görs uppehåll med båda läkemedel. Se instruktioner i FASS (https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20160113000022#dosage) under tabell 1 för vidare hantering och eventuell återinsättning.

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. Kabozantinib _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. Nivolumab _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 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. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg**
   Ges peroralt

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

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kabozantinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt