

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Sarkom

RegimID: NRB-9673

Pembrolizumab-Axitinib

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Pembrolizumab Intravenös infusion 2 mg/kg (kroppsvikt)	x1																					
Axitinib Peroral tablett 5 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

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

Använd ett inbyggt eller monterat filter med låg proteinbindningsgrad (porstorlek 0,2 -0,5 mikrometer).

Sköterskekontakt 1-2 veckor 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 snabbt. Vid ev. dosreduktion eller utsättning, var uppmärksam på hypotoni.

Grapefrukt och johannesört får ej intas under behandlingen.

Axitinib Peroral tablett

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

Anvisningar för ordination

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: Albumin, ASAT, ALAT, ALP, bilirubin, LD

Amylas, CRP, b-glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

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

Axitinib: Kontrollera och följ blodtrycket. Observans på hud- och GI-biverkningar.*Pembrolizumab*: Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.*Betametason* mot hudtoxicitet: dagen före behandling, behandlingsdagen samt dagen efter behandlingen ges Betapred 8 tabletter = 4 mg morgon och kväll, totalt 24 mg.

Efter behandlingens avslutande kontrolleras baslinjeprover 1ggr/månad under 6 månader.

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

Dosjustering rekommendation

Uppehåll eller dosreduktion kan bli nödvändig pga biverkningar.

Pembrolizumab: Dosreduceras ej. Uppehåll görs vid vid toxicitet, enl. tabell 1 i FASS (FASS Keytruda)

Axitinib: Dosreduceras stegvis 3 mg x 2 till 2 mg x 2.

Vid förhöjda levervärden (ASAT eller ALAT > 3 X normalvärde) görs uppehåll med båda läkemedlen. Se instruktioner i FASS (Keytruda) 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. Axitinib _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika <i>(Ej rutinmässigt vid minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)</i>		_____

4. Pembrolizumab _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____
5. Axitinib _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

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

DAG 15 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 16 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 17 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 18 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 19 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 20 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 21 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
