

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

## Antitumoral regim - Tjock- och

Behandlingsavsikt: Palliativ

ändtarmscancer

**Cetuximab-Enkorafenib**

RegimID: NRB-9185

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

| Dag                                                       | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Ny kur dag 15 |
|-----------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Cetuximab<br>Intravenös infusion<br>500 mg/m <sup>2</sup> | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Enkorafenib<br>Peroral kapsel<br>300 mg                   | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |               |

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

*Cetuximab i kur 1* bör administreras långsamt, rekommenderad infusionstid är 2 timmar. Därefter är rekommenderad infusionstid 60 minuter.

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion, särskilt vid första infusionen. Vid infusionsrelaterad överkänslighetsreaktion sänks infusionshastigheten, se FASS.

Kontroll av blodtryck och puls inför start och 15 minuter efter start av infusion kur 1 och 2.

*Enkorafenib*: Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 12 timmar kvar till nästa planerade dos. Vid kräkning tas ingen extra dos. Ta nästa dos enligt schema. Samtidigt intag av grapefruktjuice ska undvikas.

Kontroll av biverkningar; hudtoxicitet, synrubbingar, elektrolytstatus särskilt magnesium

**Anvisningar för ordination**

Blod- lever- och elektrolytsatus inkl magnesium och kreatinin inför varje cykel.

EKG inför start, cykel 3 och därefter var 3:e månad eller vid behov.

*Cetuximab* Premedicinering med Betapred 8 mg (intravenöst eller peroralt) och desloratadin 10 mg. Om de två första kurerna går bra kan dosen Betapred halveras eller sättas ut.

Hudtoxicitet: Fuktgivande kräm rekommenderas. Förskrivning av kräm hydrokortison 1% för tidig lokal applikation vid behov. För anti-inflammatorisk effekt i huden bör profylaktiskt perorala tetracykliner övervägas, sätts ut efter 6-8 veckor om dermatit uteblivit, eller om mycket lindriga besvär.

**Dosjustering rekommendation**

Uppehåll och/ eller dosjusteringar kan bli nödvändiga för att hantera biverkningar som särskilt berör hud, ögonbiverkningar, QT-förlängning och avvikande levervärden.

*Cetuximab* - Vid intolerabel eller allvarlig hudreaktion ( $\geq$  grad 3) avbryts behandlingen tillfälligt eller permanent, se FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20060320000016#caution>)

*Enkorafenib*- dossänkning sker i två steg - 225 mgX1 till 150 mgX1. Se schema för kolorektalcancer, tabell 2 i FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20170731000083#dosage2>).

Om något av läkemedlen sätts ut ska även det andra sättas ut.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag->. OBS!

Undvik dubbla doser kortison. Om premedicinering kortison ges av annat skäl, minska/ta bort betapred i antiemetikaregim.

| DAG 1                                                    | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|----------------------------------------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg                                  |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt                                             |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |
| 2. Kontroll av blodtryck och puls                        |            |                       |         |    |     |          |         | .....     |           |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml                          |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | .....     |
| Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika                         |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | .....     |
| _____                                                    |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |
| _____                                                    |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |
| 5. Cetuximab _____ mg                                    |            |                       |         |    |     | 60 min.  |         | _____     | _____     |
| i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml                           |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |
| Ges intravenöst under 60 min.                            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |
| (Kontroll av blodtryck och puls.)                        |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

| DAG 2                   | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

| DAG 3                   | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

| DAG 4                   | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

| DAG 5                   | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

| DAG 6                   | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

| DAG 7                   | Datum_____ | Beställs till kl_____ | Avvakta | ja | nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------------------------|------------|-----------------------|---------|----|-----|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. Enkorafenib _____ mg |            |                       |         |    |     |          |         | _____     | _____     |
| Ges peroralt            |            |                       |         |    |     |          |         |           |           |

**DAG 8** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 9** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 10** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 11** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 12** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 13** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 14** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Enkorafenib** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt