

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Urinblåse- och
urinvägscancer

RegimID: NRB-14368

Erdafitinib

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	
Erdafitinib Peroral tablett 9 mg (standarddos)	x1	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
Erdafitinib Peroral tablett 9 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Grapefrukt och pomerans ska undvikas under behandling pga interaktionsrisk.

Uppföljning av biverkningar som bland annat berör ögon, hudbiverkningar, nagelförändringar, hand-fotsyndrom och mage-tarmbiverkningar.

Erdafitinib Peroral tablett

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

Anvisningar för ordinationÖvervakning av serumfosfat:

Risk för hyperfosfatemi. Undvik D-vitamintillskott.

Vid serumfosfatnivå >1,75 mmol/L (5,5 mg/dL) begränsa fosfatintaget till 600-800 mg/dag.

Serumfosfatkontroller under behandling: första kontroll dag 14-21 i kur 1 (för ställningstagande dosökning), därefter månadsvis under hela behandlingen (för ställningstagande dosminskning).

Efter dag 21 ska ingen dosökning ske utifrån serumfosfatnivå, men serumfosfatkontroller styr eventuellt behov av dosminskning, se

<https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ffass.se%2Fhealth%2Fproduct%2F20230909000021%2Fsmpc>

Startdos erdafitinib 8 mg per dag i 14-21 dagar. Efter kontroll serumfosfat bedömning dosökning:

Om fosfat <2,91 mmol/l (<9,0 mg/dl) och frånvaro toxicitet dosöka till daglig dos 9 mg.

Om fosfat >2,91 mmol/l (>9,0 mg/dl) följ

<https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ffass.se%2Fhealth%2Fproduct%2F20230909000021%2Fsmpc>

för hantering av eventuellt uppehåll och dosändring.

Övervakning av ögonbiverkningar

Risk för ögonförändringar som kan bli allvarliga, se villkor för start och basfakta. Synen bör bedömas regelbundet med test av synskärpa och tecken på förändringar av näthinna/makula.

Amslers rutnätstest: varje månad första fyra månaderna, därefter var tredje månad enligt FASS. Vid avvikelser dvs om något i bilden ser förvrängt, missfärgat eller suddigt ut, och/eller vid nytillkommen synförsämring bör patienten omgående undersökas av ögonläkare.

Profylax mot torra ögon ska ges: t.ex. tårsubstitut, återfuktande eller smörjande ögongel eller salva minst varannan timme under dygnets vakna timmar. Patienten bör undvika kontaktlinser. Vid svår ögontorrhet under behandling bör patienten bedömas av ögonläkare.

Överväg recept på Loperamid och Canoderm.

Dosjustering rekommendation

Upphåll eller dosjustering kan bli nödvändig pga biverkningar.

Dosreduktion enligt tabell 1 i FASS. Lägsta dos 4 mg per dag. Se <https://fass.se/health/product/20230909000021/fass-text#dosage>.

För hyperfosfatemi se tabell 2 i FASS.

För ögonförändringar se tabell 3 i FASS.

För nagel-, hud- och slemhinneförändringar se tabell 4.

För övriga biverkningar se tabell 5.

Antiemetika

Ingen rutinmässig antiemetika.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

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

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

(Startdos 8 mg i kur 1. Kan ökas efter 14-21 dagar till 9 mg.)

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ mg

Ges peroralt

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Erdafitinib _____ **mg**
Ges peroralt
