**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 - Urinblåse- och urinvägscancer

RegimID: NRB-12717

# **Enfortumab Vedotin - Pembrolizumab** (EV-P)

Diagnoskod: C65-C68

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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enfortumab-vedotin<br>Intravenös infusion<br>1,25 mg/kg (kroppsvikt) | x1 | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Pembrolizumab<br>Intravenös infusion<br>2 mg/kg (kroppsvikt) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

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

Enfortumab-Vedotin ges före Pembrolizumab.

Pembrolizumab och Enfortumab-Vedotin: Använd 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 (pembrolizumab) , som främst berör GI, lever, hud, neurologi och endokrina system. Biverkningar från enfortumab-vedotin: Perifer neuropati

hudreaktioner, särskilt under kur 1, torra ögon, mag-tarmbiverkningar

**Anvisningar för ordination**
Om patienten väger mer än 100 kg ska dosen beräknas på 100 kg. Gäller båda läkemedel.

Inför varje behandling med pembrolizumab (prover inför dag 1):

Blodstatus: Hb, LPK, neutrofila, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: albumin, ALP, ALAT, bilirubin, LD

Amylas, CRP, glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

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

*Kontroll av immunrelaterade biverkningar, som kan uppkomma sent.* Immunhämmande behandling med i första hand kortikosteroider kan behövas, se
stöddokumenthttps://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/regimbiblioteket/dokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-med-checkpointhammare.pdf

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

Provtagning inför dag 8:

blod-, lever- och elektrolytstatus inkl kreatinin, B-glukos

Villkor inför start av Enfortumab-Vedotin:

Neutrofila $\geq$1,5; TPK$\geq$ 100; Hb $\geq$ 90; LPK $\geq$3

Kontroll av neuropati, hud, ögon och diarré

Hudreaktioner - kortikosteroider utv. och antihistamin p.o vid lindriga besvär

Ögonbesvär- Överväg tårersättning som profylax för torra ögon och remiss för oftalmologisk bedömning om ögonbesvär kvarstår eller förvärras.

Observans på symtom som kännetecknar pneumonit/ILD så som hypoxi, hosta, dyspné eller interstitiella infiltrat vid radiologiska undersökningar.

Diarré - Recept på loperamid

**Dosjustering rekommendation**
Dossänkning eller uppehåll av regimen kan bli nödvändigt pga biverkningar

*Enfortumab-Vedotin:* För hantering av hudreaktioner, hyperglykemi, Pneumonit/interstitiell lungsjukdom och perifer neuropati se
https://www.fass.se/LIF/product?nplId=20210306000015&userType=0&docType=6&scrollPosition=333.3333435058594#dose

Dossänkning görs i tre steg till 80% - 60% - 40 % av fulldos (1 mg/kg - 0,75 mg/kg - 0,5 mg/kg)

*Pembolizumab:* Dosreduceras ej. Uppehåll eller behandlingsavslut vid toxicitet.

**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.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Enfortumab-vedotin _____ mg**<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Pembrolizumab _____ mg**<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |

**DAG 8** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Enfortumab-vedotin _____ mg**<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |