

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Njurcancer

RegimID: NRB-6738

Avelumab-Axitinib

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Avelumab Intravenös infusion 800 mg (standarddos)	x1														
Axitinib Peroral tablett 5 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Avelumab*: Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion (IRR).Kontroll av blodtrycket före start. Vid IRR grad 1, sänk infusionshastigheten med 50%, Vid IRR grad 2 avbryt infusion och avvakta till IRR grad 1 eller remission och återuppta med lägre hastighet. Vid IRR \geq grad 3, avbryt Avelumab-behandling permanent.

Använd ett infusionsset med inbyggt eller monterat filter (porstorlek 0,2 mikrometer).

Sköterskekontakt en vecka 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 fort. 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, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Ca, kreatinin

Leverstatus: Albumin, ASAT, ALAT, bilirubin, LD

Amylas, CRP, b-glukos

Thyroidea: TSH, T4 fritt

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

Avelumab: Premedicinering med tablett Paracetamol 1 g och Desloratadin 10 mg 1-3 timmar före behandlingsstart. Ges vid de 4 första doserna, därefter efter individuell bedömning.

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

Observans på hud- och GI-biverkningar

Axitinib: Startdos med 5 mg x 2. Vid frånvaro av biverkningar av grad 3 och 4 under de första två veckornas behandling samt ett blodtryck (behandlat eller obehandlat) under 150/90 mm Hg, kan dosen ökas till 7 mg x 2. Om denna dos tolereras väl enligt samma premisser kan dosen ökas till 10 mg x 2.

Vid måttligt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh B) sänks startdos till 2 mg X 2.

Dosjustering rekommendation

Uppehåll eller dosreduktion kan bli nödvändig pga biverkningar.

Avelumab: Dosreduceras ej. Uppehåll görs vid vid toxicitet, enl. tabell 1 i FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20161011000039#dosage>)

Axitinib: Doserduceras stegvis 3 mg X 2 till 2 mg x 2.

Vid förhöjda levervärden (ASAT eller ALAT > 3 X normalvärde eller Bilurubin > 1,5 x normalvärde) görs uppehåll med båda läkemedel. Se instruktioner i FASS (Bavencio) under tabell 1.

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			Morgondos		_____	_____
	Ges peroralt						
2.	Axitinib _____ mg			Kvällsdos		_____	_____
	Ges peroralt						
3.	Premedicinering för Avelumab					_____
4.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____
5.	Kontroll av blodtrycket					
6.	Avelumab _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.			60 min.		_____	_____
7.	Kontroll av blodtrycket var 15:e minut under de 4 första behandlingarna					

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 | _____ | _____ |