

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Tjock- och
 ändtarmscancer

RegimID: NRB-9185

Cetuximab-Enkorafenib

Diagnoskod: C18-C20

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 Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Enkorafenib Peroral kapsel 300 mg (standarddos)	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. Vid sväljsvårigheter kan kapslarna tömmas. Se basfakta för hantering.

Kontroll av biverkningar; hudtoxicitet, synrubbingar, elektrolytstatus särskilt magnesium.

Enkorafenib Peroral kapsel

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

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 för QTc- tid kontroll. QT-tid korrigeras enligt Fredericias formel, QTcF - för kalkylator se

<https://ekg.nu/verktyg/qt-tid-qt-c-tid-korrigerad-qt-tid-och-forlangd-qt-tid-qt-forlangning-pa-ekg/> .

Risk för QT- förlängning; riskfaktorer (t.ex. avvikande elektrolytvärden, hjärtsvikt och bradyarytmier) bör vara under kontroll innan behandlingen sätts in och under behandlingen.

Enkorafenib - Vid QTcF > 500 ms och samtidigt ökning med > 60 ms från värdet före behandling ska enkorafenib sättas ut permanent.

Vid QtcF > 500 ms och förändring med <= 60ms från värdet före behandling ska enkorafenib pausas, kan återupptas med reducerad dos när QTcF är <= 500 ms. Enkorafenib ska sättas ut om QTcF >500ms uppstår mer än en gång.

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, avvikande levervärden. QTc förlängning kan hanteras genom dosminskning, uppehåll eller utsättning av behandlingen, med korrigerig av avvikande elektrolytvärden och kontroll av riskfaktorer, se FASS.

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

Cetuximab - Vid intolerabel eller allvarlig hudreaktion (>= grad 3) avbryts behandlingen tillfälligt eller permanent, se

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20060320000016#:~:text=Cetuximab%20anv%C3%A4nds%20i%20kombinati>

Enkorafenib - Dossänkning sker i två steg; 300 mgX1 till 225 mgX1 till 150 mgX1. Se

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20170731000083#dosage> för kolorektalcancer tabell 2, samt rekommendationer för dosjustering tabell 3 och 4. Efter dossänkning av enkorafenib p g a QTcF >= 500msek eller p g a ögontoxicitet (retinit, uveit) >= grad 2, ska enkorafenibdosen inte ökas på nytt.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: :

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/> 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

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Kontroll av blodtryck och puls.)

60 min.

.....

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
