

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

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

Antitumoral regim - Urinblåse- och  
 urinvägscancer

RegimID: NRB-12717

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

Diagnoskod: C65-C68

Kurintervall: 21 dagar

**Ordnation/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 Intravenös infusion 1,25 mg/kg (kroppsvikt)	x1							x1														
Pembrolizumab Intravenös infusion 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 av pembrolizumab:

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

stöddokument <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/regimbiblioteket/dokument/bedomning-och-hantering-av-biverkningar-med-checkpointhammare.pdf>

Vid eventuell infusionsreaktion kan premedicinering med Paracetamol och Desloratadin ges.

För 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?nplld=20210306000015&userType=0&docType=6&scrollTop=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)

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