

LEMTRADA (alemtuzumab) Forskrivers sjekkliste

Tidspunkt	Tiltak	Detaljer
Innledende kartlegging av pasienten	Kontraindikasjoner	<input type="checkbox"/> Hypersensitivitet overfor virkestoffet (alemtuzumab) eller overfor noen av hjelpestoffene: dinatriumfosfatdihydrat (E339), dinatriumedetatdihydrat, kaliumklorid (E508), kaliumdihydrogenfosfat (E340), Polysorbate 80 (E433), natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker
		<input type="checkbox"/> HIV-infeksjon (humant immunsviktvirus)
		<input type="checkbox"/> Pasienter med alvorlige aktive infeksjoner inntil infeksjonen er borte
	Forsiktighetsregler	<input type="checkbox"/> Vurder kombinasjonseffekter på pasientens immunsystem hvis LEMTRADA brukes samtidig med cytostatika eller immunsuppressiv behandling.
	Anbefalt screening	<input type="checkbox"/> Vurder aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose i henhold til retningslinjene.
		<input type="checkbox"/> Vurder screening av pasienter med høy risiko for hepatitt B virus (HBV) og eller hepatitt C virus (HCV) infeksjon. Vis forsiktighet med pasienter som er bærere av HBV og/eller HCV
<input type="checkbox"/> Screening for humant papillomavirus (HPV) er anbefalt før behandling og årlig etter behandling		
Baselinekontroller	<input type="checkbox"/> Fullstendig blodtelling med differensialtelling	
	<input type="checkbox"/> Serumkreatinin	
	<input type="checkbox"/> Thyreoideafunksjonstester, som f.eks. TSH	
	<input type="checkbox"/> Urinanalyse med mikroskopi	
Forståelse av fordeler & risikoer	<input type="checkbox"/> Pasienten har blitt informert om og forstår risikoen for alvorlige autoimmune sykdommer, infeksjoner og malignitet, samt tiltakene for å redusere risikoen, f.eks. å være oppmerksom på symptomer, alltid ha med seg pasientkortet og viktigheten av å forplikte seg til regelmessige kontroller i 48 måneder etter siste behandling.	
6 uker før behandling (hvis nødvendig)	Vaksinasjoner	<input type="checkbox"/> Det anbefales at pasienten har fullført vaksinasjonsprogrammet i henhold til lokale krav
		<input type="checkbox"/> Vurder vaksiner av antistoffnegative pasienter mot varicella zostervirus (VZV) før behandling med LEMTRADA
I minst en måned etter behandling	Diett	<input type="checkbox"/> Anbefal pasientene å unngå inntak av rått og lite stekt kjøtt, myke oster eller upasteuriserte meieriprodukter i minst to uker før behandling, under behandling og en måned etter behandling med LEMTRADA
Rett før oppstart av behandling	Forhåndsbehandling	<input type="checkbox"/> Gi kortikosteroider som forhåndsbehandling rett før LEMTRADA på hver av de 3 første dagene av hver behandlingssyklus
	Forhåndsbehandling mot IAR (infusjonsrelaterte reaksjoner)	<input type="checkbox"/> Forhåndsbehandling med antihistaminer og/eller antipyretika før administrering av LEMTRADA kan også vurderes
	Oral herpesprofylakse	<input type="checkbox"/> Gi 200 mg aciklovir (eller tilsvarende) to ganger daglig fra første behandlingsdag og i minst en måned etter behandling
	Generell helsetilstand	<input type="checkbox"/> Utsett administrering av LEMTRADA hos pasienter med aktiv infeksjon til infeksjonen er under fullstendig kontroll.
	Graviditet & prevensjon	<input type="checkbox"/> Forsikre deg om at kvinner som kan bli gravide bruker sikker prevensjon under behandlingssyklus med LEMTRADA og i 4 måneder etter denne behandlingssyklusen.
<input type="checkbox"/> Utfør graviditetstest. Administreres under graviditet kun hvis de potensielle fordelene oppveier den potensielle risikoen for fosteret		
Ved slutten av infusjonen	Infusjon	<input type="checkbox"/> Skyll infusjonsslangen for å sikre at hele dosen er blitt gitt til pasienten
I løpet av behandlingen, og i 48 måneder etter siste behandling	Oppfølging	<input type="checkbox"/> Fullstendig blodtelling med differensialtelling og serumkreatinin: Månedlig i 48 måneder etter siste behandling
		<input type="checkbox"/> Urinanalyse med mikroskopi: Månedlig i 48 måneder etter siste behandling
		<input type="checkbox"/> Thyreoideafunksjonstester: Hver 3. måned frem til 48 måneder etter siste behandling

Versjon: Desember 2018

(Pasientens navn)

____/____/____

(dagens dato)

(Forskrivers navn)

____/____/____

(pasientens fødselsdato)