**ERİŞKİN HEMATOLOJİ DEFERASİROX TEDAVİSİ ve TAKİP FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| Ad-Soyad:  | Tanı: **Transfüzyonla ilişkli hemokromatosis** |
| Yaş / Cins:  | Tedavi: **DEFERASİROX** (Exjade tablet) |
| Primer tanı:  | Karaciğer MR: | Toplam ES : |
| Ağırlık(kg): | Ferritin(µ/L): | Kreatin klirensi(ml/dk): | Hb (g/dL):  |
| **Deferasirox uygulaması ile ilgili genel bilgiler:**  |
| **-** Başlangıç dozu **20 mg/kg/gün’**dür. |
| -Tedaviye ferritin **1000 µ/L**’nin üzerinde başlanır. (En az **2 ay** süre ile ve en az 2 ölçümde ferritin > 1000 **µ/L** olmalı) |
|  -Ferritin **1000 µ/L**’nin inerse deferasirox dozu azaltılır. **500 µ/L**’nin altında ise tedavi sonlandırılır. |
| -Maksimum günlük doz **40 mg/kg/gün**’dür. |
| -Doz ayarlanması **3 -6 ay** ara ile yapılır. (Transfüzyon bağımlı hastalarda ferritin seviyesi 500-1000 µ/L arasında tutulur)  |
| **-**Doz ayarlaması **5 -10 mg/kg/gün** artırma veya azaltmaşeklinde yapılır.  |
| **-** Hesaplanan dozunun; GFR**>60** ml/dk %100’ü ve GFR:**40-60’da**%50’si verilirken, GFR**<40** ise verilmez. |
| **-**Child-Pugh evlendirmesinde deferasirox’un A’da **%100’ü**, B’de **% 50’si** verilirken, C’de ise verilmez. |
| **-**Tedavi sırasında oluşan ciddi veya dirençli transaminaz/ bilirubin yüksekliğinde tedaviye ara verilir.  |
|  **-**Trombosit **<50.000 µ/L** olan hastalarda deferasirox kullanılmaz. |
| **-**Ciddi döküntü gelişenlerde tedaviye ara verilir. (Kısa dönem steroid verilir). Tekrar daha düşük dozla başlanır. |
| **-** Stevens-Johnson sendromu veya erythema multiforme gelişenlerde tedavi sonlandırılır. |
| -GİS ülseri veya kanama şüphesinde tedavi kesilir. |
| **-** Saç kaybı veya görme bozukluğu gelişenlerde tedavi kesilir yada ara verilir. |
| **-**Tabletler her sabah aynı saate ve aç karnına (yemeklerden en az **30 dk** önce) alınır.  |
| -Tabletler çiğnenmez ve yutulmaz. 100-200 ml su veya meyve suyunda (portakal,elma) tamamen eritildikten sonra içilir. |
| **-**Tedavi öncesinde ve tedavisi devam edenlerde **12 ayda** bir işitme testleri yapılır. |
| -Hastaların **%28**’inde bulantı, kusma, ishal veya karın ağrısı şeklinde GİS yan etkileri oluşur. (En sık yan etki) |
| **Deferasirox takip parametreleri:** |
| **CBC:** Ayda bir kez | “Yaşlılar (>65), böbrek problemi olanlar, komorbiditeli ve nefrotoksik ilaç kullanan hastalarda bu testler tedavinin ilk ayında haftada bir yapılır. Bu sürenin sonunda uygun hastalarda ayda bir takibe geçilir.” |
| **Ferritin :**Ayda bir kez |
| **Kretain/GFR:**Ayda bir kez |
| **İdrar proteini:**Ayda bir kez |
| **Transaminazlar (ALT/AST) ve bilirubin:** Ayda bir kez |
| **Karaciğer demir konsantrasyonu(MR):** 6 ayda bir kez  **/ Görme ve işitme testleri:** Yılda bir kez |
| **Deferasirox tedavi planı;**  İlk tedaviye başlama tarihi:……………….…/………………./20……….….. |
| Günlük doz:…………..……..mg/kg/gün | Toplam günlük doz:………………….…mg/gün | Takip aralığı:………….…. |
| **Deferasirox tedavisinin aylık takibi:** |
| **Parametre / Tarih** | **1.ay** | **2.ay** | **3. ay** | **4.ay** | **5.ay** | **6.ay** | **7.ay** | **8.ay** | **9.ay** | **10.ay** | **11.ay** | **12.ay** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ferritin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALT/AST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bilirubin  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kreatin /GFR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hemoglobin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| WBC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trombosit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Deferasirox doz titrasyonları:** |
| I. Titrasyon (Tarih: | Ferritin (µ/L): |  **+**  / **-** | Önerilen günlük toplam doz (mg/gün): |
| II.Titrasyon (Tarih: | Ferritin (µ/L): | **+**  / **-** | Önerilen günlük toplam doz (mg/gün): |
| III.Titrasyon (Tarih: | Ferritin (µ/L): | **+**  / **-** | Önerilen günlük toplam doz (mg/gün): |
| IV.Titrasyon (Tarih: | Ferritin (µ/L): | **+**  / **-** | Önerilen günlük toplam doz (mg/gün): |
| Kaynaklar: *Int J Hematol (2008) 88:30–35, UpToDate 2015,* [*Haematologica.*](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951979) *2010 Apr;95(4):557-66* Haematologica 2009; doi:10.3324/haematol.2009.014696 |

Haematologica 2009; doi:10.3324/haematol.2009.014696Haematologica 2009; doi:10.3324/haematol.2009.014696Haematologica 2009; doi:10.3324/haematol.2009.014696