

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

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

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-2412

**BFM 2004 CC-Rituximab**

Diagnoskod: C85

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Dexametason Peroral tablett 10 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x1													
Vindesin Intravenös infusion 3 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1		x1												
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x2													
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)			x2	x2											
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)					x1										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)					x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)					x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)					x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 5 när möjlighet finns.

**Anvisningar för ordination**

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnet.

*Vindesin* - maxdos per dosstillfälle är 5 mg!*Rituximab* - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare på 30 minuter.

Subkutant Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen

*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

IT-trippel - De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta, se referens.

Hydrering - 3 liter vätska ges iv dag 1 och 2.

**Dosjustering rekommendation**

Neutrofila <1,0 och TPK <50 - behandlingen skjuts upp.

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____						
2. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>		8 tim.				
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
5. <b>Vindesin</b> _____ <b>mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.				
6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>		8 tim.				
7. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges kl 20.00)						
8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
9. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 20.00)		3 tim.				
10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>		8 tim.				

DAG 2	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	<b>Dexametason</b> _____ mg				_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet					_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
4.	1000 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering			8 tim.		_____	.....
5.	<b>Cytarabin</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 08.00)			3 tim.	_____	_____	_____
6.	<b>Rituximab</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
7.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Intravenös infusion - hydrering			8 tim.		_____	.....
8.	<b>Dexametason</b> _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)				_____	_____	_____
9.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet					_____	.....
10.	<b>Cytarabin</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))			3 tim.	_____	_____	_____
11.	1000 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering			8 tim.		_____	.....

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges kl 08.00)			_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
4. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))	3 tim.		_____	_____
5. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00)	1 tim.		_____	_____
6. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt (Ges kl 20.00)			_____	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
8. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))	1 tim.		_____	_____

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. **Dexametason** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. **Etoposid** \_\_\_\_\_ **mg**

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av

Etoposid-infusion.))

1 tim.

5. **Dexametason** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

(Ges kl 20.00)

6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

7. **Etoposid** \_\_\_\_\_ **mg**

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av

Etoposid-infusion.))

1 tim.

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |        |       |       |
|--|--|--------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____  |  |        | _____ | ..... |
| 2. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 08.00)  |  |        | _____ | _____ |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet  |  |        | _____ | ..... |
| 4. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.<br>(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.)) |  | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. <b>Metotrexat</b> _____ <b>mg</b><br>Ges intratekalt  |  |        | _____ | _____ |
| 6. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges intratekalt   |  |        | _____ | _____ |
| 7. <b>Prednisolonnatriumsuccinat</b> _____ <b>mg</b><br>Ges intratekalt<br>(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)  |  |        | _____ | _____ |
| 8. <b>Dexametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 20.00)  |  |        | _____ | _____ |

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant