

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-8359

GMALL-B-ALL/NHL 02 - Kur A

Diagnoskod: C83.7

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/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
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m ² (kroppsyta)		x3	x3	x3	x3	x3																
Vinkristin Intravenös infusion 2 mg (standarddos)	x1																					
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)		x1				x1																
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)		x1				x1																
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)		x1				x1																
Metotrexat Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)		x1																				
Metotrexat Intravenös infusion 1350 mg/m ² (kroppsyta)		x1																				
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x3																		
Ifosfamid Intravenös infusion 800 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1	x1																
Mesna Intravenös injektion 300 mg/m ² (kroppsyta)		x3	x3	x3	x3	x3																
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)					x2	x2																
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)					x1	x1																
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)								x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1						

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ges extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 2 respektive 6 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

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

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 på 30 minuter.

Dexametason - tabletter finns i styrkor 1 och 4 mg. Dosen avrundas uppåt.

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

Cytarabin - Doserna ges var 12:e timma.

Ifosfamid - *Mesna*, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 efter avslutad Ifosfamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-infusion.

Metotrexat -

Hydrering före start: 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

Hydrering under behandlingen: 4 liter vätska/dygn med tillsatser av 60 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid per 1000 mL.

Kalciumfolinat dag 2 startas 42 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc $< 0,1$ mikromol/L. Doserna kan ges peroralt i samma dos som i.v. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 42, 48, 54 osv tills konc $< 0,1$ mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsatts av Natriumbikarbonat och Kaliumklorid till metotrexatkoncentrationen $< 0,1$ mikromol/L.

Metotrexat-koncentrationen bör vara:

tim 24 < 150 mikromol/l

tim 42 $< 1,0$ mikromol/L

tim 48 $< 0,4$ mikromol/L

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 8 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

Dosjustering rekommendation

Första kuren ges direkt efter förbehandling oberoende av blodvärden.

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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | | | | |
| 2. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | | | | |
| 3. Ingen rutinmässig antiemetikabehandling | | | | | | |

DAG 2 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) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 5. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta.) | | | _____ | _____ |
| 6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 7. 500 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och 20 mmol Kaliumklorid. Start kl 10.30) | 1 tim. | | _____ | |
| 8. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 9. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 12.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion.
Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 10. Ifosfamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 12.30) | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 11. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 14.00) | Middagsdos | | _____ | _____ |
| 12. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat |  |  | _____ | ..... |
| 13. Metotrexat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Ges kl 14.00, T 0.) | 30 min. | | _____ | _____ |

Fortsätter på nästa sida

DAG 2**Forts.**Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 14. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i> | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 15. Metotrexat _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 23,5 tim.
<i>(Start kl 14.30)</i> | 23,5 tim. | | _____ | _____ |
| 16. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)</i> | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 17. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges kl 17.30)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 18. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges kl 20.00)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |
| 19. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges kl. 21.30)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |

DAG 3	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 02.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
2.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>			Morgondos	_____	_____	_____
3.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 08.00)</i>			6 tim.		_____	.....
4.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
5.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
6.	Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 13.00)</i>			1 tim.	_____	_____	_____
7.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 14.00)</i>			Middagsdos	_____	_____	_____
8.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24				_____	.....
9.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
10.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 18.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
11.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>			Kvällsdos	_____	_____	_____
12.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 20.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
13.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl. 22.00)</i>			3 min.		_____	_____

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

- | | | | | | |
|-----|---|------------|-------|-------|-------|
| 1. | 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)</i> | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 2. | Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges kl 08.00)</i> | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 3. | Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42 | | | | |
| 4. | Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges kl 08.00)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 5. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)</i> | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 6. | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | _____ | |
| 7. | Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 8. | Ifosfamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
<i>(Start kl 13.00)</i> | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 9. | Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48 | | | | |
| 10. | Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges kl. 14.00)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 11. | Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges kl. 14.00)</i> | Middagsdos | _____ | _____ | _____ |
| 12. | 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i> | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 13. | Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges kl. 18.00)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |

Fortsätter på nästa sida

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

14. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos		_____	_____	_____
15. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54			_____	.....
16. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 20.00)	3 min.		_____	_____	_____
17. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)	6 tim.		_____	_____	.....
18. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin				.....
19. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl. 22.00)	3 min.		_____	_____	_____

DAG 5	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Dexametason _____ mg			Morgondos	_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____	.....
	Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet						
3.	Cytarabin _____ mg			1 tim.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))						
4.	Etoposid _____ mg			1 tim.	_____	_____	_____
	i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.30)						
5.	Mesna _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)						
6.	Ifosfamid _____ mg			1 tim.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Ges kl 13.00)						
7.	Dexametason _____ mg			Middagsdos	_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 14.00)						
8.	Mesna _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl. 18.00)						
9.	Dexametason _____ mg			Kvällsdos	_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 20.00)						
10.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____	.....
	Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet						
11.	Cytarabin _____ mg			1 tim.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Ges kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))						
12.	Mesna _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl. 22.00)						

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

- | | | | | |
|--|------------|-------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)) | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.30) | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 5. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 6. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 7. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta.) | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 9. Ifosfamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Ges kl 13.00) | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 10. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 14.00) | Middagsdos | _____ | _____ | _____ |
| 11. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl. 18.00) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 12. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 20.00) | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |
| 13. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |

Fortsätter på nästa sida

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

- | | | | | |
|--|--------|-------|-------|-------|
| <p>14. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Ges kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)</p> | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| <p>15. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl. 22.00)</p> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DAG 15Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant