

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-8361

GMALL-B-ALL/NHL 02 - Kur C

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																	
Vindesin Intravenös infusion 3 mg/m ² (kroppsyta)	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																			
Etoposid Intravenös infusion 250 mg/m ² (kroppsyta)					x1	x1																	
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m ² (kroppsyta)						x2																	
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

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 ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

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.

Cytarabin - Doserna ges var 12:e timma. Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnet.

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 tillsats av Natriumbikarbonat och kalium 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

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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
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			Morgondos		_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
3.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet					_____	.....
4.	Vindesin _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.						
5.	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 12.00)			1 tim.		_____	.....
6.	Dexametason _____ mg			Middagsdos		_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 14.00)						
7.	U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat					.....
8.	Metotrexat _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Ges kl 14.00, T 0.)						
9.	1000 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)			6 tim.		_____	.....
10.	Metotrexat _____ mg			23,5 tim.		_____	_____
	i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. (Start kl 14.30)						
11.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)			6 tim.		_____	.....
12.	Dexametason _____ mg			Kvällsdos		_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 20.00)						

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.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 14.00)</i>	Middagsdos	_____	_____	_____
5.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24		_____	_____	.....
6.	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.	_____	_____	.....
7.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>	Kvällsdos	_____	_____	_____
8.	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.	_____	_____	.....

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 Kali- umklorid 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 Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 08.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
6.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48				_____	.....
7.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl. 14.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
8.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl. 14.00)</i>			Middagsdos	_____	_____	_____
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.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>			Kvällsdos	_____	_____	_____
11.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54				_____	.....
12.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 20.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
13.	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.	_____	_____	.....
<i>Fortsätter på nästa sida</i>							

DAG 4	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
Forts.							
14.	Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin						.....

DAG 5 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	_____	_____
3. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.		1 tim.	_____	_____
4. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 14.00)	Middagsdos	_____	_____	_____
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos	_____	_____	_____

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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	_____
3. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Ges kl 8.00)		3 tim.	_____	_____
4. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.		1 tim.	_____	_____
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 14.00)	Middagsdos	_____	_____	_____
6. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos	_____	_____	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	_____
8. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Ges kl. 20.00. 12 timmar efter start av den första infusionen med Cytarabin.)		3 tim.	_____	_____

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
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

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant