

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-6765

Rituximab-CHOEP 21

Diagnoskod: C81-C86

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																						
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta)	x1																						
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1																						
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)	x1																						
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1																						
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m ² (kroppsyta)		x2	x2																				
Prednison Peroral tablett 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																		

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Doxorubicin* - starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.*Rituximab*- Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin.

Premedicinering för Rituximab 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 ges till alla patienter äldre än 65 år, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

Etoposid peroralt - har en dosberoende biotillgängligheten. En peroral dos på 100 mg är jämförbar med en intravenös dos på 75 mg; 400 mg po med 200 mg iv. Variabilitet hos en och samma patient (d.v.s. mellan kurer) är större vid peroral administrering än efter intravenös administrering, se FASS.

Dagliga doser över 200 mg bör delas upp så att de ges 2 gånger dagligen. Etoposid kapslar finns i styrkan 50 mg. Dagliga doser över 200 mg bör delas upp så att de ges 2 gånger dagligen. Etoposidkapslar finns i styrkan 50 mg.

Dosen för *Prednison* avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Dosjustering rekommendation*Hypoalbuminemi*

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____
4. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____
5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____
6. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____
7. Vinkristin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.		5 min.	_____	_____
8. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.		60 min.	_____	_____

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Etoposid** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Etoposid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Etoposid** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Etoposid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt
