

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____
Yta (m²): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk
 leukemi (KLL)

RegimID: NRB-5611

Rituximab-Cyklofosfamid-Dexametason 28 dagar, kur 2 osv, underhållsdos (DRC vid autoimmun hemolytisk anemi)

Diagnoskod: D59

Kurintervall: 28 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
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)	x1																				
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta)	x1																				
Dexametason Peroral tablett 12 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1														

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta)								
Dexametason Peroral tablett 12 mg (standarddos)								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inkl kreatinin.

Rituximab - Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetrizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

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

Från andra dosen kan Rituximab ges subkutant i dosen 1600 mg.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

2. Premedicinering för Rituximab _____

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. Rituximab _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

6. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____