

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

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

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-6917

**Rituximab-Cytarabin högdos kur 2, 4, 6**

Diagnoskod: C83.1

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 <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																				
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Medelemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila.

Cytarabin - 12 timmar mellan infusionerna.

Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under dag 1-4.

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 4 i 6-10 dygn eller tills LPK &gt;10. Om Peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 4. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.

**Dosjustering rekommendation**

Neutrofiler &lt; 1,0 och TPK &lt; 75 - behandlingen skjuts upp.

Om cytopenin beror på lymfominfiltration i benmärgen ges 100 % dos.

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

1. Premedicinering för Rituximab					
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
4. <b>Rituximab</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.				
5. <b>Cytarabin</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 20.00)</i>	1 tim.				

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

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

- |   |        |  |  |  |  |  |
|---|--------|--|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |        |  |  |  |  |  |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |        |  |  |  |  |  |
| 3. <b>Cytarabin _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.<br>(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av<br>Cytarabin-infusion.)) | 1 tim. |  |  |  |  |  |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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