

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

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

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-1955

**Rituximab-DA EPOCH**

Diagnoskod: C85

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																					
Prednison Peroral tablett 60 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2																	
Etoposidfosfat Bärbar infusionspump Intravenös infusion 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	→	→	→	→	*																	
Doxorubicin Bärbar infusionspump Intravenös infusion 40 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	→	→	→	→	*																	
Vinkristin Bärbar infusionspump Intravenös infusion 1,6 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	→	→	→	→	*																	
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)					x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

\* Pumpen kopplas bort.

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

Doxorubicin - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

**Anvisningar för ordination**

Blodstatus, inkl neutrofila.

*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* bör ges till alla patienter, förslagsvis dag 6-13 (8 doser).

*Doxorubicin* - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandlingen mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m<sup>2</sup>.

*Etoposidfosfat* - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras.

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

**Dosjustering rekommendation**

*Dosjusteringsrekommendationer fr. o. m. kur 2* beroende på hematologisk toxicitet:

Om nadir för neutrofila  $\geq 0,5$  - öka doser med 20 % för Etoposidfosfat och Doxorubicin, Cyklofosamid jämfört med föregående kur.

Om nadir för neutrofila  $< 0,5$  vid 1-2 mätningar - samma doser som föregående kur.

Om nadir för neutrofila  $< 0,5$  vid  $\geq 3$  mätningar - minska doser med 20 % för Etoposidfosfat och Doxorubicin, Cyklofosamid jämfört med föregående kur. Endast Cyklofosamid kan reduceras till en dos lägre än startdosen.

Om nadir för trombocyter  $< 25$  vid ett tillfälle - 20 % minskning av dosen för Etoposidfosfat, Doxorubicin, Cyklofosamid jämför med föregående kur. Endast Cyklofosamid kan reduceras till en dos lägre än startdosen.

Om cytopeni betingas av lymfominfiltration i benmärg ges 100 % dos.

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

<b>1. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
<b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> <i>(Premedicinering för Rituximab)</i>			_____	.....
<b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____			_____	.....
<b>4. Rituximab _____ mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
<b>5. Etoposidfosfat Bärbar infusionspump _____ mg</b> Ges intravenöst via Bärbar infusionspump	96 tim.		_____	_____
<b>6. Doxorubicin Bärbar infusionspump _____ mg</b> Ges intravenöst via Bärbar infusionspump	96 tim.		_____	_____
<b>7. Vinkristin Bärbar infusionspump _____ mg</b> Ges intravenöst via Bärbar infusionspump <i>(Etoposidfosfat, Doxorubicin och Vinkristin är blandbara i samma bärbara infusionspump. Efter 4 dygn kopplas pumpen bort.)</i>	96 tim.		_____	_____
<b>8. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

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

<b>1. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
<b>2. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

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

<b>1. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
<b>2. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- |  |           |       |       |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                   |           | _____ | ..... |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |           | _____ | ..... |
| 4. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ <b>mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min.   | _____ | _____ |
| 5. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- |   |  |       |       |
|---|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>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

**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