

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-6846

**Rituximab-DHAP** (Rituximab-Cisplatin-Cytarabin)

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 <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x2																				
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1																		
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration***Rituximab*- Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Totalt minst 4 liter i.v. vätska dygn 1 och 2. Det perorala vätskeintaget minst 2-3 liter dag 3-6. Forcerad diures och elektrolytkorrigerig.

**Anvisningar för ordination**

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

Om S-kreatinin stiger mer än 25 % mellan 2 kurer görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol-, kreatininclearance eller motsvarande).

*Rituximab* - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt.Första infusion med *Rituximab* ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare på 30 minuter.Subkutan *Rituximab* i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.*Cytarabin* ges var 12:e timme.*Dexametason* 40 mg kan bytas mot Betametason tablett 32 mg.*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 4.

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

<b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt			_____	_____
<b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>	2 tim.		_____	.....
<b>6. Cisplatin _____ mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____
<b>7. 2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>	24 tim.		_____	.....

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

<b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt			_____	_____
<b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
<b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____			_____	.....
<b>4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - posthydrering</i>	2 tim.		_____	.....
<b>5. Cytarabin _____ mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.		_____	_____
<b>6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - hydrering</i>	6 tim.		_____	.....
<b>7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
<b>8. Cytarabin _____ mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. <i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i>	3 tim.		_____	_____

**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

2. **Filgrastim** \_\_\_\_\_ **ME**

Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** \_\_\_\_\_ **ME**

Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** \_\_\_\_\_ **ME**

Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** \_\_\_\_\_ **ME**

Ges subkutant

**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