

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-5540

**Rituximab-DHAX** (Rituximab-Cytarabin-Oxaliplatin)

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																					
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 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									

Medelemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

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 infusionen 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.

*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom – förläng infusionstiden till 2-6 timmar.

*Cytarabin* - 12 timmar mellan infusionerna. Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnet.

Om Peg-filgrastim - ges detta dag 4 i dosen 6 mg.

**Dosjustering rekommendation**

Ingen dosreduktion pga hematologi.

*Oxaliplatin:*

Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

**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. Premedicinering för Rituximab</b>			_____	.....
<b>3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
<b>4. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____			_____	.....
<b>5. Rituximab _____ mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____
<b>6. Oxaliplatin _____ mg</b> i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.		2 tim.	_____	_____

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

**1. Dexametason \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

**2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

**3. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Cytarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 3 tim.

*(Start kl 08.00)*

3 tim.

**5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

**6. Cytarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 3 tim.

*(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av*

*Cytarabin-infusion.))*

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

**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

**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