

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-1457

**Rituximab-FC peroral** (Rituximab-Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

Diagnoskod: C81-C86

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 375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																			

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								

Medelemetogen.

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

**Anvisningar för ordination**

Vid leukemiserat lymfom > 40 /nanoL eller KLL > 100 nanoL bör man överväga att dela Rituximabdosen på 2 dagar. 100 mg första dagen och resterande dag 2.

Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och klemastin 2 mg intravenöst eller cetirizin 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 snabbare på 30 minuter.

Vid stor tumörbörda hydrering och alkalisering av urinen.

**Dosjustering rekommendation**

Dosreduktion sker genom att i första hand minska antalet behandlingsdagar.

**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>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg Ges peroralt		_____	_____
6. <b>Fludarabin</b> _____ mg Ges peroralt		_____	_____

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

1. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg Ges peroralt		_____	_____
2. <b>Fludarabin</b> _____ mg Ges peroralt		_____	_____

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

1. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg Ges peroralt		_____	_____
2. <b>Fludarabin</b> _____ mg Ges peroralt		_____	_____