

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-2580

Rituximab-IKE polikliniskt
(Etoposid-lfosfamid-Karboplatin)

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 ² (kroppsyta)	x1																					
Etoposidfosfat Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1650 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös infusion 1650 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 2000 mg (standarddos)	x2	x2	x2																			
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.

Anvisningar för ordination

Blodstatus, inkl neutrofila.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

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.

Subkutan Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

Mesna, dos 1 per dag, ges blandat i samma infusion som Ifosfamid. Mesna, dos 2-3 per dag ges peroralt, 2 respektive 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.

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

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion rekommendation - lagt till: Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %.

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

1. Premedicinering för Rituximab					
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
4. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.				
5. Etoposidfosfat _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.				
6. Karboplatin _____ mg i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.				
7. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.				
8. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 2 tim. <i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>	2 tim.				
9. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges/tas 2 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)</i>					
10. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges/tas 6 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)</i>					

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. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges/tas 2 timmar efter Ifosamidinfusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges/tas 6 timmar efter Ifosamidinfusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |

DAG 3 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. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges/tas 2 timmar efter Ifosamidinfusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges/tas 6 timmar efter Ifosamidinfusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |

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

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant