

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____
Yta (m²): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-12351

Rituximab-Temozolomid före strålbehandling

Diagnoskod: C83

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 ² (kroppsyta)	x1														x1						
Temozolomid Peroral kapsel 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1												x1	x1	x1				

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)							
Temozolomid Peroral kapsel 300 mg/m ² (kroppsyta)							

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Rituximab* - ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion.*Temozolomid* - vid kräkning efter kapselintaget får inga nya kapslar tas den dagen.

Temozolomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination*OBS! Ges endast i en kur om 28 dagar!*

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin.

Neutrofila granulocyter $\geq 1,5$ och TPK ≥ 100 *Rituximab* - 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.

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

Temozolomid - antiemetika rekommenderas till alla patienter.

Dosjustering rekommendation

Behandlingen skjuts upp om neutrofila granulocyter < 1,5 eller TPK < 100. Om nadir med neutrofila granulocyter < 1,0 eller TPK < 50 reduceras dosen Temozolomid för nästkommande kur till 200 mg/m².

Vid ytterligare benmärgstoxicitet enligt ovan reduceras ytterligare ett steg till 100 mg/m². Om detta ej tolereras avbryts behandlingen.

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

1. Temozolomid _____ mg

Ges peroralt

2. Premedicinering för Rituximab

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. Rituximab _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. Temozolomid _____ mg

Ges peroralt

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

1. Temozolomid _____ mg

Ges peroralt

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Temozolomid _____ mg

Ges peroralt

2. Premedicinering för Rituximab

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. Rituximab _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Temozolomid _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Temozolomid _____ **mg**
Ges peroralt