

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk
leukemi (KLL)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-7088

Obinutuzumab-Venetoklax kur 1, startdoser

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
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg	x1																				
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg		x1																			
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								x1							x1						
Venetoklax Peroral tablett 20 mg																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								
Venetoklax Peroral tablett 20 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Obinutuzumab* - Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion. Blodtryck och puls.*Venetoklax* - Grapefrukt, pomerans och stjärnfrukt (carambola) ska undvikas.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 8 timmar kvar till nästa planerade dos.

Anvisningar för ordination

Obinutuzumab - allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma i samband med den första dosen, vilket föranleder noggrann övervakning.

Premedicinering: Dag 1 och 2 - Betametason 16 mg iv (1 timme innan), Paracetamol 1000 mg po och Klemastin 2 mg iv (30 min innan).

Dag 8 och 15, om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg po (30 min innan). Vid reaktion, se FASS.

Infusion: Dag 1 - ge på 4 timmar.

Dag 2 - om ingen reaktion på föregående infusion, ge 50 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 50 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Dag 8 och 15 - om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 100 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Venetoklax - Kontroll av blod- och elektrolytstatus (kalium, urinsyra, fosfor, kalcium) och kreatinin görs innan och efter varje dosökning.

Se ovan för förebyggande behandling av tumörlys, se också FASS för mer information.

För att undvika kraftiga cytokinreaktioner vid start, särskilt vid hög tumörbörda kan start med Venetoklax vara att föredra vid behandling med

Venetoklax - Obinutuzumab. Obinutuzumab läggs till när måldosen

Venetoklax 400 mg dagligen är uppnådd.

Dosjustering rekommendation

Avbryt behandlingen med Venetoklax vid icke-hematologisk tox grad 3 eller 4, neutropeni grad 3 eller 4 med infektion eller feber, eller vid hematologisk tox grad 4, förutom lymfopeni. Vid återgång till grad 1 eller ursprungsnivå kan behandlingen återupptas med samma dos. Om tox återkommer, se FASS för dosminskning.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Obinutuzumab

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. **Obinutuzumab** _____ **mg**

4 tim.

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 4 tim.

(Kontroll av blodtryck och puls)

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Obinutuzumab

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. **Obinutuzumab** _____ **mg**

4,5 tim.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 4,5 tim.

(Kontroll av blodtryck och puls)

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|----------|--|--|--|
| 1. Premedicinering för Obinutuzumab | | | | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | |
| 3. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3,5 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | 3,5 tim. | | | |

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|----------|--|--|--|
| 1. Premedicinering för Obinutuzumab | | | | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | |
| 3. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3,5 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | 3,5 tim. | | | |

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1. Venetoklax _____ mg
Ges peroralt | | | | |
|--|--|--|--|--|

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1. Venetoklax _____ mg
Ges peroralt | | | | |
|--|--|--|--|--|

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1. Venetoklax _____ mg
Ges peroralt | | | | |
|--|--|--|--|--|

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1. Venetoklax _____ mg
Ges peroralt | | | | |
|--|--|--|--|--|

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1. Venetoklax _____ mg
Ges peroralt | | | | |
|--|--|--|--|--|

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1. Venetoklax _____ mg
Ges peroralt | | | | |
|--|--|--|--|--|

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Venetoklax _____ **mg**

Ges peroralt