

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-7089

Obinutuzumab-Venetoklax kur 2

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 1000 mg	x1																				
Venetoklax Peroral tablett 50 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1														
Venetoklax Peroral tablett 100 mg								x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1							
Venetoklax Peroral tablett 200 mg															x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Venetoklax Peroral tablett 400 mg																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								
Venetoklax Peroral tablett 50 mg								
Venetoklax Peroral tablett 100 mg								
Venetoklax Peroral tablett 200 mg								
Venetoklax Peroral tablett 400 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

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, se FASS.

Premedicinering: Om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg po (30 min innan). Vid reaktion, se FASS.

Infusion: 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.

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 urspringsnivå 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 <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.	_____	_____
4.	Venetoklax _____ mg Ges peroralt							_____	_____	

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Venetoklax _____ mg Ges peroralt							_____	_____

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Venetoklax _____ mg Ges peroralt							_____	_____

DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Venetoklax _____ mg Ges peroralt							_____	_____

DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Venetoklax _____ mg Ges peroralt							_____	_____

DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Venetoklax _____ mg Ges peroralt							_____	_____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

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

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Venetoklax _____ mg

Ges peroralt

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