

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-1429

Rituximab-Idelalisib

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	x1																				
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²															x1						
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²								x1													
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²	x1														x1						
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²																					
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²	x1																				
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²								x1													
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²															
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²														x1	
Idelalisib Peroral tablett 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Idelalisib - Missad dos med mindre än 6 timmar - den missade dosen tas snarast möjligt.

Missad dos med mer än 6 timmar - dosen hoppas över och därefter följs det vanliga doseringsschemat.

Anvisningar för ordination

Hydrering och behandling med Allopurinol bör ges inför behandlingsstart.

Idelalisib - Uppmärksamhet på infektion, kolit, pneumonit och leverpåverkan.

Interaktion kan ske med ett flertal läkemedel, se FASS.

Rituximab - Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetrizin 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 på 30 minuter.

Från andra dosen kan Rituximab ges subkutan i dosen 1600 mg.

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Rituximab |  | _____ | ..... |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 5. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 6. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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 1,5 tim.

1,5 tim.

6. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 29 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Rituximab |  | _____ | ..... |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 5. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1,5 tim. | 1,5 tim. | _____ | _____ |
| 6. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 33 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 34 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 35 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 36 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 37 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 38 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 39 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 40 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 41 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 42 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 43 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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 1,5 tim.

1,5 tim.

6. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 44 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 45 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 46 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 47 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 48 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 49 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 50 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 51 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 52 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 53 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 54 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 55 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 56 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 57 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Rituximab |  | _____ | ..... |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 5. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1,5 tim. | 1,5 tim. | _____ | _____ |
| 6. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 58 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 59 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 60 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 61 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 62 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 63 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 64 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 65 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 66 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 67 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 68 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 69 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 70 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 71 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 72 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 73 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 74 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 75 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 76 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 77 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 78 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 79 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 80 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 81 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 82 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 83 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 84 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 85 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Rituximab |  | _____ | ..... |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 5. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1,5 tim. | 1,5 tim. | _____ | _____ |
| 6. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 86 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 87 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 88 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 89 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 90 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 91 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 92 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 93 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 94 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 95 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 96 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 97 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 98 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 99 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 100 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 101 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 102 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 103 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 104 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 105 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 106 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 107 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 108 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 109 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 110 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 111 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 112 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 113 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Rituximab |  | _____ | ..... |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 5. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1,5 tim. | 1,5 tim. | _____ | _____ |
| 6. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 114 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 115 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 116 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 117 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 118 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 119 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 120 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 121 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 122 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 123 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 124 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 125 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 126 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 127 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 128 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 129 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 130 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 131 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 132 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 133 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 134 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 135 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 136 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 137 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 138 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 139 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 140 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 141 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Rituximab |  | _____ | ..... |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 5. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1,5 tim. | 1,5 tim. | _____ | _____ |
| 6. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |