Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-2412

BFM 2004 CC-Rituximab

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Dexametason Peroral tablett 10 mg/m^2	x2	x2	x2	x2	x2										
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2		x1													
Vindesin Intravenös infusion 3 mg/m^2	x1														
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m^2	x1		x1												
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m^2		x2													
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2			x2	x2											
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2					x1										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg					x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg					x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg					x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 5 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnen.

Vindesin - maxdos per dostillfälle är 5 mg!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.

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

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

IT-trippel - De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta, se referens.

Hydrering - 3 liter vätska ges iv dag 1 och 2.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila <1,0 och TPK <50 - behandlingen skjuts upp.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
3.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	8 tim.		_____	.....
4.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5.	**Vindesin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	8 tim.		_____	.....
7.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
8.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
9.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *(Start kl 20.00)*	3 tim.	_____	_____	_____
10.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	8 tim.		_____	.....

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	8 tim.		_____	.....
5. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *(Start kl 08.00)*	3 tim.	_____	_____	_____
6. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	8 tim.		_____	.....
8. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
9. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
10. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av* *Cytarabin-infusion.))*	3 tim.	_____	_____	_____
11. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	8 tim.		_____	.....

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. **Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	3 tim.	_____	_____	_____
5. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 08.00)*	1 tim.	_____	_____	_____
6. **Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
8. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))*	1 tim.	_____	_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. **Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))*	1 tim.	_____	_____	_____
5. **Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
7. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))*	1 tim.	_____	_____	_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____ _____ .....

2. **Dexametason _____ mg**
   Ges peroralt
   (Ges kl 08.00) _____ _____ _____

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____ .....

4. **Etoposid _____ mg** 1 tim.
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.
   (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av
   Etoposid-infusion.)) _____ _____ _____

5. **Metotrexat _____ mg**
   Ges intratekalt _____ _____

6. **Cytarabin _____ mg**
   Ges intratekalt _____ _____

7. **Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg**
   Ges intratekalt
   (De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) _____ _____

8. **Dexametason _____ mg**
   Ges peroralt
   (Ges kl 20.00) _____ _____ _____

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

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

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

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

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