

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-2533

MATRIX (Rituximab-Cytarabin-Metotrexat-Tiotepa)

Indikation: CNS-lymfom C83.3

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²	x1					x1																
Metotrexat Intravenös infusion 3500 mg/m ²							x1															
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg								x2														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg									x4													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg										x1												
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m ²								x2	x2													
Tiotepa Intravenös infusion 30 mg/m ²										x1												
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg												x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1			

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Metotrexat - Före start av behandling ska hydrering och alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Anvisningar för ordination

S-kreatinin och leverstatus inför varje kur.

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.

Metotrexat

Hydrering före start: 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

Hydrering under behandlingen: 3 liter vätska/dygn med tillsatser av 60 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid per 1000 mL.

Kalciumfolinat dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc <0,1 mikromol/L. Doserna kan ges peroralt i samma dos som i.v. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 36, 42, 48, 54 osv tills konc < 0,1 mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och Kalium till metotrexatkoncentrationen <0,1 mikromol/L.

Cytarabin - ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnet (dag 2-4).

12 timmar mellan infusionerna.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 12 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 12.

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

- | | | |
|--|---------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | _____ |
| 3. Premedicinering för Rituximab | _____ | _____ |
| 4. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |

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

- | | | |
|--|---------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | _____ |
| 3. Premedicinering för Rituximab | _____ | _____ |
| 4. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 13.00)</i></p> <p>4. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat</p> <p>5. Metotrexat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
(Start kl 14.00, T 0)</p> <p>6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i></p> <p>7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i></p> | <p></p> <p></p> <p>1 tim.</p> <p></p> <p>3 tim.</p> <p></p> <p>8 tim.</p> <p></p> <p>8 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|---|--|--|

DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 06.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
4.	Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 08.00)</i>			1 tim.	_____	_____	_____
5.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 14.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
6.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24				_____	.....	
7.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
8.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
9.	Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 20.00)</i>			1 tim.	_____	_____	_____
10.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 20.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
11.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....

DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 02.00)							
2.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36				_____	.....	
3.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml			8 tim.	_____	_____	.....
Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)							
4.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____	.....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet							
5.	Tablett/Injektion Antiemetika					_____	.....

6.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 08.00)							
7.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42 + provtagning enl. MATRIX				_____	.....	
8.	Cytarabin _____ mg			1 tim.	_____	_____	_____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00)							
9.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 14.00)							
10.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48				_____	.....	
11.	1000 ml Glukos 50 mg/ml			8 tim.	_____	_____	.....
Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)							
12.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____	.....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet							
13.	Cytarabin _____ mg			1 tim.	_____	_____	_____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 20.00)							
Fortsätter på nästa sida							

DAG 9**Forts.**

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

14. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 20.00)

3 min.

15. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54**16. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)

10 tim.

DAG 10

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

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 02.00)

3 min.

2. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60**3. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin****4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. Tablett/Injektion Antiemetika**6. Tiotepa _____ mg**

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

DAG 15

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant
