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-389

Hyper-CVAD kur 2,4,6,8 (MTX/HIDAC)

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom
Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**Ny kur dag 15**
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 200 mg/m^2	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 800 mg/m^2	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 30 mg			x1												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x3												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x4											
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m^2		x2	x2												
Metylprednisolon Intravenös injektion 40 mg	x2	x2	x2												
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1														
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1		

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalinisering av urinen ske.

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

Anvisningar för ordination

Patienter > 60 år ges Cytarabin 1000 mg/m2.

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

Rituximab - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetrizin 10 mg peroralt.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges på 30 minuter. Subkutant Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

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 42 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, 42, 48, 54 tills konc < 0,1 mikromol/L. Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Cytarabin ges var 12:e timme. Profylaktiskt mot konjunktivit ges ögondroppar med Dexametason eller Prednisolon (t. ex. Isopto-Maxidex eller Prednisolon APL 5 mg/ml).

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Metylprednisolon _____ mg** Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
4. 500 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Med tillsats av Natriumbikarbonat 120 mmol (=200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol)*	1 tim.		_____	.....
5. **Metotrexat _____ mg** Ges intratekalt			_____	_____
6. **Rituximab _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7. Kontroll av U-pH, ska vara >7. Om inte ges Natriumbikarbonat 60 mmol (=100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL)			.....	
8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol.* *Startas och går parallellt med Metotrexatinfusion-erna)*	8 tim.		_____	.....
9. **Metotrexat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
10. **Metotrexat _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 22 tim.	22 tim.		_____	_____
11. **Metylprednisolon _____ mg** Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
12. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)*	8 tim.		_____	.....

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	Kontroller av S-metotrexat timme 24, 42, 48, 54 tills konc $< 0{,}1$ mikromol/L.			.....	
2.	Kontroll av U-pH, ska vara >7			.....	
3.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5.	**Metylprednisolon _____ mg** Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
6.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)*	8 tim.		_____	.....
7.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.	_____	_____	_____
8.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Med tillsats av Natriumbikarbonat 60 mmol och kaliumklorid 20 mmol.)*	8 tim.		_____	.....
9.	**Metylprednisolon _____ mg** Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
10.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
11.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	3 tim.	_____	_____	_____
12.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)*	8 tim.		_____	.....

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kontroller av S-metotrexat timme 24, 42, 48, 54 tills konc $< 0{,}1$ mikromol/L.			.....	
2. Kontroll av U-pH, ska vara >7			.....	
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 5 min. *(Startas 42 timmar efter start av infusion Metotrexat. Ges därefter var 6:e timme peroralt eller intravenöst med dosen 15 mg.))*	5 min.	_____	_____	_____
6. **Metylprednisolon _____ mg** Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
7. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)*	8 tim.		_____	.....
8. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion)*	3 tim.	_____	_____	_____
9. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt		_____	_____	_____
10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)*	8 tim.		_____	.....
11. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt		_____	_____	_____
12. **Metylprednisolon _____ mg** Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
13. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....

Fortsätter på nästa sida

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

14. Cytarabin _____ mg — 3 tim. _____ _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cytarabin.))

15. 1000 ml Glukos 50 mg/ml — 8 tim. _____ .....
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)

16. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg _____ _____ _____
Ges peroralt

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

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg _____ _____ _____
Ges peroralt

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg _____ _____ _____
Ges peroralt

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg _____ _____ _____
Ges peroralt

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg _____ _____ _____
Ges peroralt

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