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-1584

Obinutuzumab kur 1, startdoser

Indikation: Follikulärt lymfom C81-C86

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg	x1														
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								x1							x1

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Blodtryck och puls.

Infusion dag 1 - Infusionshastighet: starta med 50 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 50 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Infusion dag 8 och 15 - 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.

Infusion kur 2 osv, dag 1 - Om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme i 30 minuter, därefter 900 mg/timme i cirka 60 minuter.

Anvisningar för ordination

Hypotension kan inträffa under infusionen. Utsättning av blodtryckssänkande behandling bör därför övervägas 12 timmar före infusion, under varje infusion och under den första timmen efter administrering av Obinutuzumab.

Allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma i samband med den första dosen, vilket föranleder noggrann övervakning.

Premedicinering: Dag 1 - Betametason 16 mg iv (1 timme innan), tablett Paracetamol 1000 mg och Klemastin 2 mg iv (30 min innan).

Efterföljande infusioner:

Ingen infusionsrelaterad reaktion, ge tablett Paracetamol 1000 mg.

Infusionsrelaterad reaktion, grad 1 eller 2, ge tablett Paracetamol 1000 mg och Klemastin 2 mg iv (30 min innan).

Infusionsrelaterad reaktion, grad 3, eller lymfocytantal $>$ 25 innan nästa behandling - ge också Betametason 16 mg iv (1 timme innan).

Dosjustering rekommendation

Dosreduceras ej.

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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Obinutuzumab _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*	4 tim.		_____	_____

DAG 8 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Obinutuzumab _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*	2 tim.		_____	_____

DAG 15 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Obinutuzumab _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*	2 tim.		_____	_____