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-1955

Rituximab-DA EPOCH

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom C85
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																					
Prednison Peroral tablett 60 mg/m^2	x2	x2	x2	x2	x2																	
Etoposidfosfat Bärbar infusionspump Intravenös infusion 200 mg/m^2	→	→	→	→	*																	
Doxorubicin Bärbar infusionspump Intravenös infusion 40 mg/m^2	→	→	→	→	*																	
Vinkristin Bärbar infusionspump Intravenös infusion 1,6 mg/m^2	→	→	→	→	*																	
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m^2					x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

* Pumpen kopplas bort.

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Anvisningar för ordination
Blodstatus, inkl neutrofila.

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 bör ges till alla patienter, förslagsvis dag 6-13 (8 doser).

Doxorubicin - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandlingen mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m2.

Etoposidfosfat - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras.

Dosen för Prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Dosjustering rekommendation
Dosjusteringsrekommendationer fr. o. m. kur 2 beroende på hematologisk toxicitet:

Om nadir för neutrofila $\geq$ 0,5 - öka doser med 20 % för Etoposidfosfat och Doxorubicin, Cyklofosfamid jämfört med föregående kur.

Om nadir för neutrofila $<$ 0,5 vid 1-2 mätningar - samma doser som föregående kur.

Om nadir för neutrofila $<$ 0,5 vid $\geq$ 3 mätningar - minska doser med 20 % för Etoposidfosfat och Doxorubicin, Cyklofosfamid jämfört med föregående kur. Endast Cyklofosfamid kan reduceras till en dos lägre än startdosen.

Om nadir för trombocyter $<$ 25 vid ett tillfälle - 20 % minskning av dosen för Etoposidfosfat, Doxorubicin, Cyklofosfamid jämför med föregående kur. Endast Cyklofosfamid kan reduceras till en dos lägre än startdosen.

Om cytopeni betingas av lymfominfiltration i benmärg ges 100 % dos.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* *(Premedicinering för Rituximab)*			_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4.	**Rituximab** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5.	**Etoposidfosfat Bärbar infusionspump** _____ **mg** Ges intravenöst via Bärbar infusionspump	96 tim.		_____	_____
6.	**Doxorubicin Bärbar infusionspump** _____ **mg** Ges intravenöst via Bärbar infusionspump	96 tim.		_____	_____
7.	**Vinkristin Bärbar infusionspump** _____ **mg** Ges intravenöst via Bärbar infusionspump *(Etoposidfosfat, Doxorubicin och Vinkristin är blandbara i samma bärbara infusuionspump. Efter 4 dygn kopplas pumpen bort.)*	96 tim.		_____	_____
8.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

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

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Prednison** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
5. **Prednison** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   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