

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-6846

Rituximab-DHAP (Rituximab-Cisplatin-Cytarabin)

Indikation: Andra linjen lymfom och senare C81-C86

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																					
Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1																					
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m ²		x2																				
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1	x1	x1	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*Rituximab*- Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Totalt minst 4 liter i.v. vätska dygn 1 och 2. Det perorala vätskeintaget minst 2-3 liter dag 3-6. Forcerad diures och elektrolytkorrigerig.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin.

Om S-kreatinin stiger mer än 25 % mellan 2 kurer görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol-, kreatininclearance eller motsvarande).

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

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare på 30 minuter.

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

Cytarabin ges var 12:e timme.*Dexametason* 40 mg kan bytas mot Betametason tablett 32 mg.*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 4.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | _____ |
| 4. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 24 tim. | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | _____ |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - posthydrering</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim. | 3 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i> | 6 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 3 tim. | | _____ | _____ |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant

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