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-5540

Rituximab-DHAX (Rituximab-Cytarabin-Oxaliplatin)

Indikation: Lymfom 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																					
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 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									

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

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 infusionen 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.

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom – förläng infusionstiden till 2-6 timmar.

Cytarabin - 12 timmar mellan infusionerna. Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnen.

Om Peg-filgrastim - ges detta dag 4 i dosen 6 mg.

Dosjustering rekommendation
Ingen dosreduktion pga hematologi.
Oxaliplatin:
Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin
Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos
Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos
Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos
Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexametason _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Premedicinering för Rituximab			_____	.....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6. Oxaliplatin _____ mg i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 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
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....
3. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
   _____ .....
4. **Cytarabin _____ mg**
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 3 tim.
   (Start kl 08.00)
   3 tim. _____ _____
5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....
6. **Cytarabin _____ mg**
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 3 tim.
   (Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av
   Cytarabin-infusion.))
   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
   _____ _____

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 _____ _____