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-1457

Rituximab-FC peroral (Rituximab-Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

Indikation: Lymfom C81-C86

Kurintervall: 28 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
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2	x1																				
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m^2	x1	x1	x1																		
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m^2	x1	x1	x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m^2								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m^2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Vid leukemiserat lymfom > 40 /nanoL eller KLL > 100 nanoL bör man överväga att dela Rituximabdosen på 2 dagar. 100 mg första dagen och resterande dag 2.

Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och klemastin 2 mg intravenöst eller cetrizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

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

Vid stor tumörbörda hydrering och alkalinisering av urinen.

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion sker genom att i första hand minska antalet behandlingsdagar.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Premedicinering för Rituximab			_____	.....
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. **Rituximab** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
6. **Fludarabin** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
2. **Fludarabin** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
2. **Fludarabin** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____