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-2580

Rituximab-IKE polikliniskt

(Etoposid-Ifosfamid-Karboplatin)

Indikation: Recidivbehandling av non-Hodgkin-lymfom och Hodgkin-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																					
Etoposidfosfat Intravenös infusion 100 mg/m^2	x1	x1	x1																			
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1650 mg/m^2	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös infusion 1650 mg/m^2	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 2000 mg	x2	x2	x2																			
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.

Anvisningar för ordination
Blodstatus, inkl neutrofila.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: AUC x (GFR+25). Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m2) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på https://egfr.se/ För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

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.

Mesna, dos 1 per dag, ges blandat i samma infusion som Ifosfamid. Mesna, dos 2-3 per dag ges peroralt, 2 respektive 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.

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

Dosjustering rekommendation
Dosreduktion rekommendation - lagt till: Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Premedicinering för Rituximab			_____	.....
2.	500 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.	**Etoposidfosfat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____
6.	**Karboplatin _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7.	**Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
8.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 2 tim. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	2 tim.		_____	_____
9.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges/tas 2 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)*		_____	_____	_____
10.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges/tas 6 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)*		_____	_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Etoposidfosfat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____
4. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	2 tim.		_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 2 tim. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	2 tim.		_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges/tas 2 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)*		_____	_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges/tas 6 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)*		_____	_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....
2. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____ _____ .....
3. **Etoposidfosfat _____ mg** 10 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 10 min.
4. **Ifosfamid _____ mg** 2 tim. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   (Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)
5. **Mesna _____ mg** 2 tim. _____ _____
   Ges intravenöst under 2 tim.
   (Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)
6. **Mesna _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges/tas 2 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)
7. **Mesna _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges/tas 6 timmar efter Ifosfamidinfusionens slut)

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

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant