

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-7222

Rituximab-Lenalidomid enligt Augment, kur 1, startdoser

Indikation: Non-Hodgkins lymfom inkl follikulärt lymfom C82

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							x1							x1						
Lenalidomid Peroral kapsel 20 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²	x1							
Lenalidomid Peroral kapsel 20 mg								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Lenalidomid - Vid missad dos vid ordinarie tidpunkt och det har gått mindre än 12 timmar, ta kapseln omedelbart. Om det har gått mer än 12 timmar, ta inte kapseln. Ta nästa kapsel vid den vanliga tidpunkten nästa dag.**Anvisningar för ordination**

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

*Vid kreatinin clearance 30-59 mL/min reduceras dosen Lenalidomid till 10 mg.**Lenalidomid* är ett potentiellt fosterskadande läkemedel. Fertila kvinnor och män med fertil kvinnlig partner måste därför strikt följa riktlinjer för preventivmetoder, se FASS.*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.

Dosjustering rekommendationDosminskningssteg *Lenalidomid*:

Dosnivå -1 - dos 15 mg/dag en gång dagligen dag 1-21 i 28 dagars kur.

Dosnivå -2 - dos 10 mg/dag en gång dagligen dag 1-21 i 28 dagars kur.

Dosnivå -3 - dos 5 mg/dag en gång dagligen dag 1-21 i 28 dagars kur.

Se FASS för dosreduktion.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

_____ | _____ | |
| 3. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |
| 4. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ |

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

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

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

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

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

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

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

_____ | _____ | |
| 3. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |
| 4. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ |

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

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

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

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

_____ | _____ | |
| 3. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |
| 4. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | | _____ |

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Lenalidomid _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

DAG 22 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. **Rituximab** _____ **mg**

30 min.

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

_____ _____