

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-201

Rituximab-CHOEP 14

Indikation: Lymfom C81-C86

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ²	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ²	x1														
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ²	x1														
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1														
Etoposid Peroral kapsel 200 mg/m ²		x1	x1												
Prednison Peroral tablett 50 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1				

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Premedicinering för rituximab 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: 20 % av dosen på 30 minuter och 80 % av dosen på 60 minuter.

Subkutant rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

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 subkutant dag 4.

Dosen för prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Dosjustering rekommendation

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. Prednison _____ mg						_____	_____
Ges peroralt							
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml						_____	_____
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>							
3. Tablett/Injektion Antiemetika						_____	_____

4. Rituximab _____ mg				90 min.		_____	_____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 90 min.							
5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg				30 min.		_____	_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 30 min.							
6. Doxorubicin _____ mg				30 min.		_____	_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 30 min.							
7. Vinkristin _____ mg				5 min.		_____	_____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 5 min.							
8. Etoposid _____ mg				60 min.		_____	_____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 60 min.							

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednison _____ mg						_____	_____
Ges peroralt							
2. Etoposid _____ mg						_____	_____
Ges peroralt							

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednison _____ mg						_____	_____
Ges peroralt							
2. Etoposid _____ mg						_____	_____
Ges peroralt							

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

1. **Prednison** _____ **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. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **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