

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-2449

Rituximab-MPV, kur 1,3,5,(7)

Indikation: CNS-lymfom C83.3

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							x1							
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 3500 mg/m ²	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg		x2													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x1											
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m ²	x1	x1	x1	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

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalinisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila, lever- och elektrolytstatus med kreatinin. Under behandlingen kontrolleras kreatinin och levervärden.

Vinkristin - Maxdos vid denna regim 2,8 mg.

Metotrexat intratekalt - ges vid cytologiskt engagemang i likvor dag 8, ges tills likvor är fri från lymfoceller.

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

Subkutan Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

Metotrexat - Kalciumfolinat dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc $<0,1$ mikromol/L. Doserna kan ges i.v i samma dos som peroralt. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60 osv tills konc $<0,1$ mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkoncentrationen $<0,1$ mikromol/L.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 6-10 dygn eller tills LPK >10 . Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 6.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila $<1,5$ och TPK <100 - behandlingen skjuts upp.

Om GFR <60 mL/min ges inte Metotrexat.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

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

_____</p> <p>3. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 90 min.</p> <p>4. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser 100 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kalium. Start kl 12.30)</i></p> <p>5. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
<i>(Start kl 13.30)</i></p> <p>6. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat</p> <p>7. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges kl 14.00)</i></p> <p>8. Metotrexat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Start kl 14.00, T 0)</i></p> <p>9. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)</i></p> <p>10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)</i></p> | <p>90 min.</p> <p>1 tim.</p> <p>30 min.</p> <p></p> <p></p> <p>2 tim.</p> <p>8 tim.</p> <p>8 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|--|---|---|

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|--------|-------|-------|-------|
| 1. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)</i> | 8 tim. | _____ | _____ | |
| 2. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges kl 14.00)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges intravenöst under 5 min.
<i>(Ges kl 14.00)</i> | 5 min. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24 | | _____ | | |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)</i> | 8 tim. | _____ | _____ | |
| 6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges intravenöst under 5 min.
<i>(Ges kl 20.00)</i> | 5 min. | _____ | _____ | _____ |
| 7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 30 | | _____ | | |
| 8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)</i> | 8 tim. | _____ | _____ | |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 02.00)

2. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium
20 mmol. Start kl 06.00)

8 tim.

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 08.00)

5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42

6. Prokarbazin _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

7. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

8. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48

9. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium
20 mmol. Start kl 14.00)

8 tim.

10. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 20.00)

11. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54

12. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium
20 mmol. Start kl 22.00)

8 tim.

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

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 02.00)

2. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60

3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium
20 mmol. Start kl 06.00)

8 tim.

4. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin

5. Prokarbazin _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

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

1. Prokarbazin _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

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

1. Prokarbazin _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

2. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Prokarbazin _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

2. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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 90 min. | 90 min. | _____ |
| 4. 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 | _____ | _____ |
|---|-------|-------|