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-8361

GMALL-B-ALL/NHL 02 - Kur C

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																					
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m^2		x3	x3	x3	x3	x3																
Vindesin Intravenös infusion 3 mg/m^2		x1																				
Metotrexat Intravenös infusion 150 mg/m^2		x1																				
Metotrexat Intravenös infusion 1350 mg/m^2		x1																				
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg				x3																		
Etoposid Intravenös infusion 250 mg/m^2					x1	x1																
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m^2						x2																
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg								x1	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

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnen.

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 på 30 minuter.

Dexametason - tabletter finns i styrkor 1 och 4 mg. Dosen avrundas uppåt.

Cytarabin - Doserna ges var 12:e timma. Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnen.

Metotrexat

Hydrering före start: 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

Hydrering under behandlingen: 4 liter vätska/dygn med tillsatser av 60 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid per 1000 mL.

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

Metotrexat-koncentrationen bör vara:

tim 24 <150 mikromol/l

tim 42 <1,0 mikromol/L

tim 48 <0,4 mikromol/L

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 8 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

Dosjustering rekommendation

Neutrofila <1,0 och TPK <50 - behandlingen skjuts upp.

DAG 1

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. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
3. Ingen rutinmässig antiemetikabehandling			.....	

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

			Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____				_____	.....
2.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*	Morgondos		_____	_____	_____
3.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*				_____	.....
4.	**Vindesin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.		_____	_____
5.	500 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och 20 mmol Kaliumklorid. Start kl 12.00)*		1 tim.	_____	_____	.....
6.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*	Middagsdos		_____	_____	_____
7.	**U-pH >=7 före start av Metotrexat**				.....	
8.	**Metotrexat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Ges kl 14.00, T 0.)*		30 min.		_____	_____
9.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)*		6 tim.	_____	_____	.....
10.	**Metotrexat _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. *(Start kl 14.30)*		23,5 tim.		_____	_____
11.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)*		6 tim.	_____	_____	.....
12.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*	Kvällsdos		_____	_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej		**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)*		6 tim.	_____	_____	.....
2. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*	Morgondos		_____	_____	_____
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)*		6 tim.		_____	.....
4. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*	Middagsdos		_____	_____	_____
5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24			_____	.....	
6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)*		6 tim.	_____	_____	.....
7. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*	Kvällsdos		_____	_____	_____
8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)*		6 tim.	_____	_____	.....

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
2. **Dexametason _____ mg** Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
3. **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42**		_____	.....	
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl. 08.00)*	3 min.	_____	_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
6. **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48**		_____	.....	
7. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl. 14.00)*	3 min.	_____	_____	_____
8. **Dexametason _____ mg** Middagsdos Ges peroralt *(Ges kl. 14.00)*		_____	_____	_____
9. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
10. **Dexametason _____ mg** Kvällsdos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
11. **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54**		_____	.....	
12. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 20.00)*	3 min.	_____	_____	_____
13. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 tim.	_____	_____	.....

Fortsätter på nästa sida

DAG 4 Forts. Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
14. **Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin**			.....	

DAG 5

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexametason _____ mg Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
4. Dexametason _____ mg Middagsdos Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*		_____	_____	_____
5. Dexametason _____ mg Kvällsdos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____

DAG 6

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexametason _____ mg Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *(Ges kl 8.00)*	3 tim.	_____	_____	_____
4. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
5. Dexametason _____ mg Middagsdos Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*		_____	_____	_____
6. Dexametason _____ mg Kvällsdos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
8. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. *(Ges kl. 20.00. 12 timmar efter start av den första infusionen med Cytarabin.)*	3 tim.	_____	_____	_____

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

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

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

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

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

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

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

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

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