

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-8528

GMALL-B-ALL/NHL 02 - Kur B - äldre

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																
Vinkristin Intravenös infusion 1 mg		x1																				
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg		x1																				
Metotrexat Intravenös infusion 50 mg/m ²		x1																				
Metotrexat Intravenös infusion 450 mg/m ²		x1																				
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg			x3																			
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1																	
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m ²				x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg								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.

Metotrexat intratekalt ges under dag 2 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärdet 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 kurser ges på 30 minuter.

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

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 fördöd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om födröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsatts av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkonzcentrationen <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 dvgn ges med start dag 8 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion)

Rosjustering rekommendation

Neutrofila <1.0 och TPK <50 - behandlingen skjuts upp.

Cyklofosfamid dag 3 och 5 kan uteslutas beroende på vilken behandlingsintensitet patienten bedöms klar.

DAG 1	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Premedicinering för Rituximab						
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
3.	Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.				
4.	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 Morgondos
Ges peroralt
(Ges kl 08.00)

.....
 3. **Metotrexat** _____ mg
Ges intratekalt

.....
 4. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....
 5. **Vinkristin** _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
30 min.

.....
 6. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
1 tim.

.....
 7. 500 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsätter Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och 20 mmol Kaliumklorid. Start kl 12.00)
1 tim.

.....
 8. **Dexametason** _____ mg Middagsdos
Ges peroralt
(Ges kl 14.00)

.....
 9. **U-pH >=7 före start av Metotrexat**
.....
 10. **Metotrexat** _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Ges kl 14.00, T 0.)
30 min.

.....
 11. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsätter Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)
6 tim.

.....
 12. **Metotrexat** _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 23,5 tim.
(Start kl 14.30)
23,5 tim.

.....
 13. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsätter Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)
6 tim.

.....
- Fortsätter på nästa sida

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

14. **Dexametason** _____ mg Kvällsdos _____
 Ges peroralt
 (Ges kl 20.00)

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

1. 1000 ml Glukos 50 mg/ml 6 tim. _____
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-umklorid 20 mmol. Start kl 02.00)

2. **Dexametason** _____ mg Morgondos _____
 Ges peroralt
 (Ges kl 08.00)

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 6 tim. _____
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-umklorid 20 mmol. Start kl 08.00)

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg 1 tim. _____
 i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
 Ges intravenöst under 1 tim.

6. **Dexametason** _____ mg Middagsdos _____
 Ges peroralt
 (Ges kl 14.00)

7. **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24** _____

8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml 6 tim. _____
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)

9. **Dexametason** _____ mg Kvällsdos _____
 Ges peroralt
 (Ges kl 20.00)

10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 6 tim. _____
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-umklorid 20 mmol. Start kl 20.00)

DAG 4	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 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)</i>			6 tim.			
2.	Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 08.00)		Morgondos				
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 <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)</i>			6 tim.			
6.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
7.	Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.			1 tim.			
8.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48						
9.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl. 14.00)			3 min.			
10.	Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl. 14.00)		Middagsdos				
11.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			6 tim.			
12.	Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)		Kvällsdos				
13.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54						
<i>Fortsätter på nästa sida</i>							

DAG 4**Forts.**

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta ja nej

Inf. tid**Klockan****Ssk. sign****Läk. sign****14. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 20.00)**15. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

6 tim.

*Intravenös infusion - hydrering
(Tillsätter Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)***16. Vid födröjd 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. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg**

1 tim.

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.**4. Doxorubicin _____ mg**

4 tim.

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim.**5. Dexametason _____ mg**

Middagsdos

Ges peroralt
(Ges kl 14.00)**6. 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
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | | |
| 3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Doxorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim. | 4 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 5. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 14.00) | Middagsdos | _____ | _____ | _____ |
| 6. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 20.00) | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

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