

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk
leukemi (KLL)
Akalabrutinib-Obinutuzumab kur 2
Kurintervall: 28 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-7352

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Akalabrutinib Peroral tablett 100 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg	x1																				
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg		x1																			
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								x1							x1						

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Akalabrutinib Peroral tablett 100 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Obinutuzumab - Värdera risk för tumörlys. Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion. Blodtryck och puls.
Akalabrutinib - Grapefrukt och Johannesört får ej intas under pågående behandling.
Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 9 timmar kvar till nästa planerade dos.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inkl. kreatinin.

Obinutuzumab - allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma, se FASS.

Premedicinering: Om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg po (30 min innan). Vid reaktion, se FASS.

Infusion: Om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 100 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Dosjustering rekommendation

DAG 1	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Akalabrutinib _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Premedicinering för Obinutuzumab						_____	
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml						_____	
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>							
4. Obinutuzumab _____ mg				4 tim.		_____	_____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 4 tim.							
<i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i>							
5. Akalabrutinib _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Akalabrutinib _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
2. Premedicinering för Obinutuzumab						_____	
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml						_____	
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>							
4. Obinutuzumab _____ mg				4,5 tim.		_____	_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 4,5 tim.							
<i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i>							
5. Akalabrutinib _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

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

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Obinutuzumab | | _____ | |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 4. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3,5 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | 3,5 tim. | _____ | _____ |
| 5. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

1. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Akalabrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Premedicinering för Obinutuzumab | | _____ | _____ |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | _____ |
| 4. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3,5 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | 3,5 tim. | _____ | _____ |
| 5. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Akalabrutinib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Akalabrutinib _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. Akalabrutinib _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Akalabrutinib _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. Akalabrutinib _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos