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 - Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

RegimID: NRB-7352

Akalabrutinib-Obinutuzumab kur 2

Diagnoskod: C91.1

Kurintervall: 28 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
Akalabrutinib Peroral tablett 100 mg (standarddos)	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 (standarddos)	x1																				
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg (standarddos)		x1																			
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)								x1							x1						

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

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.

Akalabrutinib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

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

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/

DAG 1 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*				_____	.....
4. Obinutuzumab _____ **mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*		4 tim.		_____	_____
5. Akalabrutinib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____

DAG 2 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*				_____	.....
4. Obinutuzumab _____ **mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4,5 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*		4,5 tim.		_____	_____
5. Akalabrutinib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos			_____	_____

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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Akalabrutinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 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 6 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 7 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 8 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 _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. **Obinutuzumab** _____ **mg** 3,5 tim. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 3,5 tim.
   (Kontroll av blodtryck och puls)
5. **Akalabrutinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 9 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 10 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 11 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 12 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 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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Akalabrutinib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 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 20 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 21 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 22 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 23 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 24 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 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		_____	_____