

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)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

Obinutuzumab-Klorambucil (28 dagar, Klorambucil 2 doser) kur 1, startdoser

RegimID: NRB-1303

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
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg	x1														x1						
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
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg								
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion.

Villkor och kontroller för administration

Obinutuzumab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Blodtryck och puls.

Klorambucil - TA INTE dubbel dos för att kompensera för glömd tablett. Informera läkare eller sköterska.

Anvisningar för ordination

Obinutuzumab - allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma i samband med den första dosen, vilket föranleder noggrann övervakning.

Premedicinering: Dag 1 och 2 - Betametason 16 mg iv (1 timme innan), Paracetamol 1000 mg po och Klemastin 2 mg iv (30 min innan).

Dag 8 och 15, om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg po (30 min innan). Vid reaktion, se FASS.

Infusion: Dag 1 - ge på 4 timmar.

Dag 2 - om ingen reaktion på föregående infusion, ge 50 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 50 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Dag 8 och 15 - 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.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--------|--|--|--|
| 1. Premedicinering för Obinutuzumab | | | | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | |
| 3. Obinutuzumab _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim.
<i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i> | 4 tim. | | | |
| 4. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | | | |

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

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

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1.** Premedicinering för Obinutuzumab

.....

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

.....

3. Obinutuzumab _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 3,5 tim.

(Kontroll av blodtryck och puls)

3,5 tim.

4. Klorambucil _____ mg

Ges peroralt
