

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)

RegimID: NRB-1304

Obinutuzumab-Klorambucil (28 dagar, Klorambucil 2 doser) kur 2 osv, underhållsdoser

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
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg (kroppsvikt)	x1														x1						
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)	x1																				

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg (kroppsvikt)								
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)								

Medeleemetogen.

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.

Klorambucil Peroral tablett

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

Anvisningar för ordination

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.

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 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3,5 tim. <i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i>			3,5 tim.	_____	_____
4. Klorambucil _____ mg Ges peroralt				_____	_____

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

1. Klorambucil _____ mg Ges peroralt				_____	_____
--	--	--	--	-------	-------