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-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)								

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.

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 *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			_____	_____

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Klorambucil** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____