

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-1462

Ofatumumab-Klorambucil (28 dagar, Klorambucil 7 doser) kur 1, startdoser

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 10 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ofatumumab Intravenös infusion 300 mg (standarddos) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ofatumumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos) | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | Ny kur dag 29 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Klorambucil Peroral tablett 10 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Ofatumumab Intravenös infusion 300 mg (standarddos) | | | | | | | | |
| Ofatumumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos) | | | | | | | | |

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ofatumumab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion, speciellt vid första infusionen. 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

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

Dag 1 - Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Cetirizin 10 mg peroralt och Betametason 8 mg (vid refraktär KLL ges 16 mg) intravenöst eller peroralt . Ges minst 30 minuter före infusionen.

Första infusionen ges enligt FASS: Den rekommenderade inledande infusionshastigheten är 12 mL/timme. Efter de första 30 minuterna kan hastigheten gradvis ökas var 30:e minut till maximalt 400 mL/timme.

Dag 8, om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg peroralt och Cetirizin 10 mg peroralt (minst 30 min innan). Vid reaktion, se FASS.

Starta med 25 mL/timme och öka var 30:e minut till högst 400 mL/timme, se FASS.

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

| | | | | | | |
|--|--|--|----------|--|-------|-------|
| 1. Premedicinering för Ofatumumab | | | | | _____ | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | _____ | |
| 3. Ofatumumab _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4,5 tim. <i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i> | | | 4,5 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Klorambucil _____ mg Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | | _____ | |
| 2. Klorambucil _____ mg Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | | _____ | |
| 2. Klorambucil _____ mg Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

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

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | | _____ | |
| 2. Klorambucil _____ mg Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

_____

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

1. Premedicinering för Ofatumumab

_____

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

3. **Ofatumumab** _____ **mg**

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 4 tim.

(Kontroll av blodtryck och puls)

4 tim.
