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-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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. **Ofatumumab** _____ **mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4,5 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*	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** 4 tim. _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls)