

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk  
 leukemi (KLL)

RegimID: NRB-1428

## Ofatumumab-Klorambucil (28 dagar, Klorambucil 7 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 10 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	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 <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Ofatumumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

### Villkor och kontroller för administration

*Ofatumumab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

*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, se FASS.

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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |        |  |  |  |
| 3. <b>Ofatumumab</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 4 tim.   |  | 4 tim. |  |  |  |
| 4. <b>Klorambucil</b> _____ mg<br>Ges peroralt   |  |        |  |  |  |

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

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ |  |  |  |  |  |
| 2. <b>Klorambucil</b> _____ mg<br>Ges peroralt     |  |  |  |  |  |

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

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ |  |  |  |  |  |
| 2. <b>Klorambucil</b> _____ mg<br>Ges peroralt     |  |  |  |  |  |

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

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ |  |  |  |  |  |
| 2. <b>Klorambucil</b> _____ mg<br>Ges peroralt     |  |  |  |  |  |

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

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ |  |  |  |  |  |
| 2. <b>Klorambucil</b> _____ mg<br>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

\_\_\_\_\_ .....

\_\_\_\_\_