

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

leukemi (KLL)

**Rituximab-Cyklofosamid-Dexametason 14 dagar, kur 2**

RegimID: NRB-5666

**osv, underhållsdos** (DRC vid autoimmun hemolytisk anemi)

Kurintervall: 14 dagar

**Ordination/Administrering**

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup>	x1														
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1000 mg	x1														
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1														

Medeleemetogen.

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

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inkl kreatinin.

*Rituximab* - Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetrizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion av Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges på 30 minuter.

Från andra dosen kan Rituximab ges subkutant i dosen 1600 mg.

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

<b>1. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt			_____	_____
<b>2. Premedicinering för Rituximab</b>			_____	.....
<b>3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
<b>4. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____			_____	.....
<b>5. Rituximab _____ mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____
<b>6. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____