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-5666

Rituximab-Cyklofosfamid-Dexametason 14 dagar, kur 2 osv, underhållsdos (DRC vid autoimmun hemolytisk anemi)

Diagnoskod: D59

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^2 (kroppsyta)	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)	x1														
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1														

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