

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

leukemi (KLL)

Rituximab-Cyklofosfamid-Dexametason 28 dagar, kur 2

RegimID: NRB-5611

osv, underhållsdos (DRC vid autoimmun hemolytisk anemi)

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 | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ² | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dexametason Peroral tablett 12 mg | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | Ny kur dag 29 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ² | | | | | | | | |
| Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² | | | | | | | | |
| Dexametason Peroral tablett 12 mg | | | | | | | | |

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**

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. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt _____