

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-F intravenös, kur 1, startdos

RegimID: NRB-4600

(Rituximab-Fludarabin i.v.)

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 375 mg/m ²	x1																				
Fludarabin Intravenös infusion 25 mg/m ²	x1	x1	x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²								
Fludarabin Intravenös infusion 25 mg/m ²								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Hydrering och behandling med Allopurinol bör ges inför behandlingsstart.

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 infusionen: Inledande infusionshastigheten är 50 mg/timme. Efter de första 30 minuterna kan hastigheten gradvis ökas med 50 mg/timme var 30:e minut till maximalt 400 mg/timme.

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion sker genom att i första hand minska antalet behandlingsdagar.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|----------|----------------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | _____ |
| 3. Rituximab _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3,5 tim. | 3,5 tim. | _____
_____ |
| 4. Fludarabin _____ mg
i 100 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | _____ |
| 3. Fludarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____
_____ |

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|---------|----------------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | _____ |
| 3. Fludarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____
_____ |