

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk
leukemi (KLL)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

Rituximab-FC intravenös, kur 2 osv, underhållsdos

RegimID: NRB-1316

(Rituximab-Cyklofosfamid-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 500 mg/m ²	x1																				
Fludarabin Intravenös infusion 25 mg/m ²	x1	x1	x1																		
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 250 mg/m ²	x1	x1	x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m ²								
Fludarabin Intravenös infusion 25 mg/m ²								
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 250 mg/m ²								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

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 snabbare: 20 % av dosen på 30 minuter och 80 % av dosen på 60 minuter.

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

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. Premedicinering för Rituximab _____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Rituximab _____ mg** 90 min. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 90 min.
5. **Fludarabin _____ mg** 30 min. _____ _____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
6. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** 30 min. _____ _____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 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
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. **Fludarabin _____ mg** 30 min. _____ _____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** 30 min. _____ _____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 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
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. **Fludarabin _____ mg** 30 min. _____ _____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** 30 min. _____ _____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.