

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

Rituximab-FC peroral, kur 1, startdos

(Rituximab-Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

Kurintervall: 28 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-1359

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																				
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ²		x1	x1	x1																	
Fludarabin Peroral tablett 40 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								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ²								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ²								

Medelemetogen.

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. Premedicinering för Rituximab _____

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. **Rituximab** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 3,5 tim.

3,5 tim.

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Fludarabin** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Fludarabin** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Fludarabin** _____ **mg**

Ges peroralt