

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
leukemi (KLL)

RegimID: NRB-1359

Rituximab-FC peroral, kur 1, startdos
(Rituximab-Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

Diagnoskod: C91.1

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 (kroppsyta)	x1																					
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1																		
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ² (kroppsyta)								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ² (kroppsyta)								

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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | |
| 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 | | | | | |