Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

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 _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. **Rituximab** _____ **mg** 3,5 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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