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-1317

Rituximab-FC peroral, kur 2 osv, underhållsdos

(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 500 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 500 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

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. **Rituximab** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 90 min.	90 min.		_____	_____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
5. **Fludarabin** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

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			_____	_____