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-1429

Rituximab-Idelalisib

Diagnoskod: C91.1

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																				
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)															x1						
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)								x1													
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														x1						
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																				
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)								x1													
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Dag	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)															
Rituximab Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)															x1
Idelalisib Peroral tablett 150 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Idelalisib* - Missad dos med mindre än 6 timmar - den missade dosen tas snarast möjligt.

Missad dos med mer än 6 timmar - dosen hoppas över och därefter följs det vanliga doseringsschemat.

Idelalisib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination
Hydrering och behandling med Allopurinol bör ges inför behandlingsstart.

Idelalisib - Uppmärksamhet på infektion, kolit, pneumonit och leverpåverkan.

Interaktion kan ske med ett flertal läkemedel, se FASS.

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 på 30 minuter.

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

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/ OBS!
Premedicinering dag 1+15+29+43+57+85+113+141.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Rituximab _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Rituximab** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Rituximab _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Rituximab** _____ **mg** 1,5 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1,5 tim.
6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 29 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Rituximab _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Rituximab** _____ **mg** 1,5 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1,5 tim.
6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 30 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 31 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 32 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 33 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 34 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 35 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 36 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 37 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 38 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 39 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 40 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 41 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 42 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 43 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

2. Premedicinering för Rituximab _____ .....

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

5. **Rituximab** _____ **mg** 1,5 tim. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1,5 tim.

6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 44 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 45 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 46 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 47 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 48 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 49 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 50 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 51 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 52 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 53 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 54 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 55 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 56 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 57 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Rituximab _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Rituximab** _____ **mg** 1,5 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1,5 tim.
6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 58 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 59 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 60 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 61 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 62 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 63 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 64 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 65 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 66 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 67 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 68 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 69 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 70 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 71 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 72 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 73 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 74 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 75 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 76 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 77 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 78 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 79 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 80 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 81 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 82 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 83 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 84 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 85 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Rituximab _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Rituximab** _____ **mg** 1,5 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1,5 tim.
6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 86 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 87 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 88 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 89 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 90 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 91 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 92 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 93 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 94 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 95 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 96 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
Ges peroralt

3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
Ges peroralt

DAG 97 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 98 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 99 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 100 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 101 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 102 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 103 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 104 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 105 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 106 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 107 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 108 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 109 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 110 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 111 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 112 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 113 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Rituximab _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Rituximab** _____ **mg** 1,5 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1,5 tim.
6. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 114 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 115 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 116 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 117 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 118 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 119 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 120 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 121 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 122 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 123 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 124 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 125 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 126 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 127 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 128 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 129 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 130 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 131 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 132 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 133 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 134 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 135 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 136 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 137 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 138 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 139 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 140 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Idelalisib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Idelalisib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 141 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Idelalisib _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2. Premedicinering för Rituximab			_____	.....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Rituximab _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1,5 tim.	1,5 tim.		_____	_____
6. Idelalisib _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____