

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

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 15 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
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		_____	_____

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

.....

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

.....

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

.....

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

.....

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 29 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
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	_____	_____

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 33 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 34 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 35 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 36 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 37 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 38 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 39 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 40 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 41 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 42 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 43 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
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		_____	_____

DAG 44 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 45 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 46 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 47 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 48 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 49 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 50 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 51 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 52 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 53 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 54 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 55 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 56 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 57 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
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	_____	_____

DAG 58 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 59 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 60 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 61 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 62 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 63 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 64 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 65 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 66 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 67 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 68 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 69 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 70 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 71 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 72 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 73 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 74 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 75 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 76 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 77 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 78 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 79 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 80 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 81 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 82 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 83 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 84 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Idelalisib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

_____

DAG 85 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
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	_____	_____

DAG 86 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 87 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 88 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 89 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 90 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 91 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 92 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 93 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 94 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 95 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 96 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 97 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 98 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 99 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 100 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 101 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 102 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 103 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 104 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 105 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 106 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 107 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 108 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 109 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 110 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 111 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 112 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 113 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
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	_____	_____

DAG 114 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 115 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 116 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 117 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 118 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 119 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 120 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 121 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 122 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 123 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 124 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 125 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 126 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 127 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 128 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 129 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 130 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 131 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 132 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 133 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 134 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 135 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 136 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 137 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 138 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 139 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 140 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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