

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

**Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk
leukemi (KLL)**

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-1429

Rituximab-Idelalisib

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

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.

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		_____	.....
<hr/>		<hr/>	<hr/>
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	_____	_____	.....
<hr/>		<hr/>	<hr/>
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	_____	_____	.....
<hr/>		<hr/>	<hr/>
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	_____	_____	.....
<hr/>		<hr/>	<hr/>
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 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 | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

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

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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		_____	.....
<hr/>			
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	_____	.....
<hr/>			
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	_____	.....
<hr/>			
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	_____	.....
<hr/>			
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 | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

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

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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		_____	.....
<hr/>			
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	_____	.....
<hr/>			
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	_____	.....
<hr/>			
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	_____	.....
<hr/>			
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 | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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 | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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 |  | _____ | ..... |
| <hr/> | | | |
| 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 | _____ | ..... |  |
| <hr/> | | | |
| 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 | _____ | ..... |  |
| <hr/> | | | |
| 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 | _____ | ..... |  |
| <hr/> | | | |
| 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 | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika | _____ |
| <hr/> | |
| 2. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos |
| <hr/> | |
| 3. Idelalisib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos |
| <hr/> | |

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 |  | _____ | ..... |
| <hr/> | | <hr/> | |
| 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 | _____ | _____ |