

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

leukemi (KLL)

Rituximab-Klorambucil, kur 1, startdos

RegimID: NRB-7706

Kurintervall: 28 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²	x1																				
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg	x1														x1						

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²								
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ta INTE dubbel dos för att kompensera för glömd tablett.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin.

Hydrering ges före behandlingsstart.

Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt.

Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion av Rituximab ges enligt FASS: Den rekommenderade inledande infusionshastigheten är 50 mg/timme. Efter de första 30 minuterna kan hastigheten gradvis ökas med 50 mg/timme var 30:e minut till maximalt 400 mg/timme.

Vid låg tumörbörda och indolent lymfom undviks allopurinol.

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

1. Premedicinering för Rituximab

.....

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....

3. Tablett/Injektion Antiemetika

.....

4. **Rituximab** _____ **mg**

2,5 tim.

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 2,5 tim.

5. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt
