

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk  
leukemi (KLL)

RegimID: NRB-7706

## Rituximab-Klorambucil, kur 1, startdos

Diagnoskod: C91.1

Kurintervall: 28 dagar

Ordination/Administrering

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

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Klorambucil Peroral tablett 0,5 mg/kg (kroppsvikt)								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

### Villkor och kontroller för administration

Ta INTE dubbel dos för att kompensera för glömd tablett.

Klorambucil Peroral tablett

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

### 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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>      |          | _____ | ..... |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |          | _____ | ..... |
| 4. <b>Rituximab</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2,5 tim. | 2,5 tim. | _____ | _____ |
| 5. <b>Klorambucil</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt   |          | _____ | _____ |

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |       |       |
|---|--|-------|-------|
| 1. <b>Klorambucil</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|