

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 2 osv, underhållsdos

RegimID: NRB-7707

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 500 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 500 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.

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. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare: 20 % av dosen på 30 minuter och 80 % av dosen på 60 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. 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**

90 min.

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 90 min.

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
