Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

RegimID: NRB-7707

Rituximab-Klorambucil, kur 2 osv, underhållsdos

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 500 mg/m^2 (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 500 mg/m^2 (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.

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** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 90 min.	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			_____	_____