

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-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 <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 500 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.

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<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 90 min. | 90 min. | _____ | _____ |
| 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 |  | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|