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-9866

Venetoklax 400-Obinutuzumab start (Kur 2. Dostitrering Obinutuzumab)

Diagnoskod: C91.1

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg (standarddos)	x1																				
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg (standarddos)		x1																			
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)								x1							x1						
Venetoklax Peroral tablett 400 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Obinutuzumab Intravenös infusion 100 mg (standarddos)							
Obinutuzumab Intravenös infusion 900 mg (standarddos)							
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)							
Venetoklax Peroral tablett 400 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Minimalemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Obinutuzumab* - Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion. Blodtryck och puls.

Venetoklax - Grapefrukt, pomerans och stjärnfrukt (carambola) ska undvikas.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 8 timmar kvar till nästa planerade dos.

Venetoklax Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination
Provtagning vid varje besök:

HB, Lpk, tpk, neutrofila, el-status, leverstatus, urat

Obinutuzumab - allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma i samband med den första dosen, vilket föranleder noggrann övervakning.

Premedicinering: Dag 1 och 2 - Dexametason 20 mg po (1 timme innan), Paracetamol 1000 mg po och Desloratadin 10 mg po (30 min innan).

Dag 8 och 15, om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg po (30 min innan). Vid reaktion, se FASS.

Infusion: Dag 1 - ge på 4 timmar.

Dag 2 - om ingen reaktion på föregående infusion, ge 50 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 50 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Dag 8 och 15 - om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 100 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.

Dosjustering rekommendation
Avbryt behandlingen med Venetoklax vid icke-hematologisk tox grad 3 eller 4, neutropeni grad 3 eller 4 med infektion eller feber, eller vid hematologisk tox grad 4, förutom lymfopeni. Vid återgång till grad 1 eller ursprungsnivå kan behandlingen återupptas med samma dos.

Se vidare FASS för dosminskning och avbrott vid toxicitet
https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20151017000072#dosage .

Överväg tillägg av G-CSF vid hematologisk toxicitet.

Antiemetika
Ingen rutinmässig behandling OBS! Premedicinering dag 1, 2, 8 och 15

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Venetoklax _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Premedicinering för Obinutuzumab			_____	.....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Obinutuzumab _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim. *(Kontroll av blodtryck och puls)*	4 tim.		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Obinutuzumab — _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml — _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. **Obinutuzumab** _____ **mg** — 4,5 tim. — _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 4,5 tim.
   (Kontroll av blodtryck och puls)

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** — _____ _____
   Ges peroralt
2. Premedicinering för Obinutuzumab — _____ .....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml — _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. **Obinutuzumab** _____ **mg** — 3,5 tim. — _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 3,5 tim.
   (Kontroll av blodtryck och puls)

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

2. Premedicinering för Obinutuzumab _____ .....

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. **Obinutuzumab** _____ **mg** 3,5 tim. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 3,5 tim.
   (Kontroll av blodtryck och puls)

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
   Ges peroralt

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Venetoklax** _____ **mg**
   Ges peroralt