

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

BFM 2004 A4-Rituximab

RegimID: NRB-2407

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Dexametason Peroral tablett 5 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2										
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²		x1													
Ifosfamid Intravenös infusion 800 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 160 mg/m ²	x3	x3	x3	x3	x3										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg	x1				x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg				x1											
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ²				x2	x2										
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²				x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ges extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 1 respektive 5 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnet.

Rituximab - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare på 30 minuter.

Subkutan Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

IT-trippel - De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta, se referens.

Ifosfamid - Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 efter avslutad Ifosfamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-infusion.

Metotrexat

Hydrering före start: 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

Hydrering under behandlingen: 3 liter vätska/dygn med tillsatser av 60 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid per 1000 mL.

Kalciumfolinat dag 2 startas 36 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc $< 0,1$ mikromol/L. Doserna kan ges peroralt i samma dos som i.v. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 36, 42, 48, 54 tills konc $< 0,1$ mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkoncentrationen $< 0,1$ mikromol/L.

Metotrexat-koncentrationen bör vara:

tim 24 < 2 mikromol/l

tim 36 < 1 mikromol/L

tim 42 $< 0,4$ mikromol/L

tim 48 $< 0,25$ mikromol/L

Dosjustering rekommendation

Första block A4 ges direkt efter förbehandling (R2 patienter) oberoende av blodvärden.

Neutrofila $< 1,0$ och TPK < 50 - behandlingen skjuts upp.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | | _____ | _____ | _____ |
| 2. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 3. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 4. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) | | | _____ | _____ |
| 5. 500 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 11.30) | 1 tim. | _____ | _____ | |
| 6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 7. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  |  | _____ | ..... |

_____ | | | _____ | |
| 8. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 12.30) | 30 min. | _____ | _____ | _____ |
| 9. Ifosamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min.
(Start kl 13.00.) | 60 min. | _____ | _____ | _____ |
| 10. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosamid infusion.
Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 11. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat |  |  | ..... |  |
| 12. Metotrexat _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim.
(Start kl 14.00, T 0) | 4 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 13. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00) | 8 tim. | _____ | _____ | |

Fortsätter på nästa sida

DAG 1
Forts.Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

14. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.00.)	3 min.	_____	_____	_____
15. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)		_____	_____	_____
16. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)	8 tim.	_____	_____	.....
17. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 22.00)	3 min.	_____	_____	_____

DAG 2	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 06.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
2.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>				_____	_____	_____
3.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
4.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
5.	Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
6.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24				_____	.....
7.	Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. <i>(Start kl 14.00.)</i>			60 min.	_____	_____	_____
8.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
9.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
10.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 19.00)</i>			3 min.		_____	_____
11.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>				_____	_____	_____
12.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
13.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 23.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____

DAG 3	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36					_____	
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 02.00)				3 min.	_____	_____	_____
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)				8 tim.	_____	_____	.....
4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42					_____	
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 08.00)					_____	_____	_____
6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 08.00)				3 min.	_____	_____	_____
7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48					_____	
8. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 14.00)				3 min.	_____	_____	_____
9. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						_____
10. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____						_____
11. Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. (Start kl 14.00)				60 min.	_____	_____	_____
12. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)				3 min.	_____	_____	_____
13. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)				8 tim.	_____	_____	.....
<i>Fortsätter på nästa sida</i>							

DAG 3
Forts.Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

14. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 19.00)	3 min.	_____	_____	_____
15. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)		_____	_____	_____
16. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 20.00)	3 min.	_____	_____	_____
17. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)	8 tim.	_____	_____	.....
18. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 23.00)	3 min.	_____	_____	_____

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60

_____

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 02.00)

3. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

_____ _____

4. Kl 08.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!

_____

5. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

6 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(kl 08.00 - Om Metotrexat-utsöndring ok, annars läkarkontakt eller lokal rutin)

6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

7. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

8. Cytarabin _____ mg

30 min.

_____ _____

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 08.00)

9. Etoposid _____ mg

60 min.

_____ _____

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Start kl 08.30)

10. Ifosfamid _____ mg

60 min.

_____ _____

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Start kl 09.30)

11. Mesna _____ mg

3 min.

_____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion.

Kan också blandas i infusionen.)

12. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

6 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(Start kl 14.00)

13. Mesna _____ mg

3 min.

_____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl. 14.30)

Fortsätter på nästa sida

DAG 4**Forts.**Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|
| 14. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 18.30) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 15. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 20.00) | | _____ | _____ | _____ |
| 16. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 17. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)) | 30 min. | _____ | _____ | _____ |

DAG 5	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Dexametason _____ mg				_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
2.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____	.....
	Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet						
3.	Tablett/Injektion Antiemetika					_____	.....

4.	Cytarabin _____ mg			30 min.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))						
5.	Etoposid _____ mg			60 min.	_____	_____	_____
	i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. (Start kl 08.30)						
6.	Ifosfamid _____ mg			60 min.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. (Start kl 09.30)						
7.	Mesna _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)						
8.	1000 ml Glukos 50 mg/ml			2 tim.	_____	_____	.....
	Intravenös infusion - hydrering (Start kl 10.30)						
9.	Metotrexat _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt						
10.	Cytarabin _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt						
11.	Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt (De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)						
12.	Mesna _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 14.30)						
13.	Mesna _____ mg			3 min.	_____	_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.30)						

Fortsätter på nästa sida

DAG 5

Forts.

Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****14. Dexametason _____ mg**Ges peroralt
(Ges kl 20.00)**15. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

16. Cytarabin _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Ges kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av

Cytarabin-infusion.))

30 min.

DAG 6Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 7Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 8Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 9Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 10Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 11Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 12Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant
