

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-2408

BFM 2004 AA24-Rituximab

Diagnoskod: C85

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 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)		x1													
Ifosfamid Intravenös infusion 800 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 160 mg/m ² (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3										
Metotrexat Intratekal injektion 6 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 15 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 5 mg (standarddos)	x1				x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 4500 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 30 mg (standarddos)			x1												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)			x3												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x3											
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)				x2	x2										
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)				x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Högemetogen.

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.

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

Metotrexat

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

Hydrering under behandlingen: 4 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 osv 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 tillsatts av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkoncentrationen $< 0,1$ mikromol/L.

Metotrexat-koncentrationen bör vara:

tim 24 < 150 mikromol/l

tim 36 $< 3,0$ mikromol/L

tim 42 $< 1,0$ mikromol/L

tim 48 $< 0,4$ mikromol/L

Dosjustering rekommendation

Första block AA ges direkt efter förbehandling 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.	Tablett/Injektion Antiemetika _____					_____	.....
2.	Dexametason _____ mg			Morgondos		_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
3.	Metotrexat _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt						
4.	Cytarabin _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt						
5.	Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt (De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)						
6.	500 ml Glukos 50 mg/ml			1 tim.		_____	.....
	Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 10.30)						
7.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____	.....
	Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet						
8.	Vinkristin _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 12.30)						
9.	Ifosamid _____ mg			1 tim.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 13.00.)						
10.	Mesna _____ mg			3 min.		_____	_____
	Ges intravenöst under 3 min. (Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)						
11.	U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat					.....
12.	Metotrexat _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 14.00, T 0)						
13.	1000 ml Glukos 50 mg/ml			6 tim.		_____	.....
	Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)						
	Fortsätter på nästa sida						

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

14. Metotrexat _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. (Start kl 14.30)	23,5 tim.	_____	_____	_____
15. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.00.)	3 min.	_____	_____	_____
16. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos	_____	_____	_____
17. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)	6 tim.	_____	_____	.....
18. 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 02.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
2.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>		Morgondos		_____	_____	_____
3.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 08.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
4.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
5.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
6.	Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
7.	Kontroll Metotrexat-koncentration och kreatinin kl 14.00, T 24				_____	.....
8.	Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 14.00)</i>			1 tim.	_____	_____	_____
9.	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.	_____	_____	_____
10.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
11.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 19.00)</i>			3 min.		_____	_____
12.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>		Kvällsdos		_____	_____	_____
13.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 20.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
<i>Fortsätter på nästa sida</i>							

DAG 2
Forts.Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****14. Mesna _____ mg**

3 min. _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 23.00)

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

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 02.00)

3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

6 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)

4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42

_____

5. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

6. Dexametason _____ mg

Morgondos

_____ _____ _____

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

7. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 08.00)

8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

6 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)

9. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48

_____

10. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 14.00)

11. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

_____ _____

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

12. Ifosfamid _____ mg

1 tim.

_____ _____ _____

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 14.00)

13. Mesna _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion.

Kan också blandas i infusionen.)

Fortsätter på nästa sida

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

14. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>	6 tim.	_____	_____	.....
15. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 19.00)</i>	3 min.	_____	_____	_____
16. Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>	Kvällsdos	_____	_____	_____
17. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 20.00)</i>	3 min.	_____	_____	_____
18. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)</i>	6 tim.	_____	_____	.....
19. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 23.00)</i>	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. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)

_____

4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

5. Dexametason _____ mg

Morgondos

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

6 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)

8. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

9. Cytarabin _____ mg

30 min.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 08.00)

10. Etoposid _____ mg

1 tim.

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 08.30)

11. Ifosfamid _____ mg

1 tim.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 09.30)

12. Mesna _____ mg

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

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

Kan också blandas i infusionen.)

13. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 72

_____

Fortsätter på nästa sida

DAG 4**Forts.**Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****14. Kl 14.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!****15. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

*(Ges kl 14.00)***16. 1000 ml Glukos 50 mg/ml**

6 tim.

*Intravenös infusion - hydrering**(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)***17. Mesna _____ mg**

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

*(Ges kl. 14.30)***18. Dexametason _____ mg**

Middagsdos

Ges peroralt

*(Ges kl 20.00)***19. Mesna _____ mg**

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

*(Ges kl 18.30)***20. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml***Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet***21. Cytarabin _____ mg**

30 min.

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.))*

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika
_____ | | | | |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | Morgondos | | | |
| 3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | | |
| 4. Cytarabin _____ mg
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.)) | 30 min. | | | |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.30) | 1 tim. | | | |
| 6. Ifosfamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 09.30) | 1 tim. | | | |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion.
Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | | | |
| 8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Start kl 10.30) | 2 tim. | | | |
| 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
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 14.30) | 3 min. | | | |
| 13. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 18.30) | 3 min. | | | |

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) | Kvällsdos | | | | |
| 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
