

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

BFM 2004 B24-Rituximab

Kurintervall: 14 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-2409

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													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg	x1				x1										
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 900 mg/m ²	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 30 mg			x1												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg			x3												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg				x1											
Doxorubicin Intravenös infusion 25 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.

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 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

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
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
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 11.00) | 1 tim. | | _____ | |
| 7. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 8. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 13.00) | 30 min. | | _____ | _____ |
| 9. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 13.30) | 30 min. | | _____ | _____ |
| 10. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat |  |  |  | ..... |
| 11. Metotrexat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 14.00, T 0) | 30 min. | | _____ | _____ |
| 12. 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) | 6 tim. | | _____ | |
| 13. Metotrexat _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 23,5 tim.
(Start kl 14.30) | 23,5 tim. | | _____ | _____ |

Fortsätter på nästa sida

DAG 1
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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/mlIntravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-
umklorid 20 mmol. Start kl 20.00)

6 tim.

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>				_____	_____	_____
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 kl 14.00, T 24				_____	.....
8.	Cyklofosamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. <i>(Start kl 14.00)</i>			30 min.	_____	_____	_____
9.	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.	_____	_____	.....
10.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>				_____	_____	_____
11.	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.	_____	_____	.....

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. Tablett/Injektion Antiemetika

5. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

6. Kontroll Metotrexat-koncentration och provtagning kl 08.00, T 42

_____

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. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

30 min.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 14.00)

13. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

6 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)

Fortsätter på nästa sida

DAG 3**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. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 20.00)

3 min.

16. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-
umklorid 20 mmol. Start kl 20.00)

6 tim.

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 Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 02.00)				3 min.	_____	_____	_____
3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 02.00)				6 tim.	_____	_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____						_____
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 8.00)					_____	_____	_____
6. Kl 8.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!					_____	
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						_____
8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Start kl 08.00)				6 tim.	_____	_____	.....
9. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 08.00)				30 min.	_____	_____	_____
10. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 08.30)				30 min.	_____	_____	_____
11. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Start kl 14.00)				6 tim.	_____	_____	.....
12. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)					_____	_____	_____

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) | | | | | |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | | | |
| 4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 08.00) | 30 min. | | | | |
| 5. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 08.30) | 30 min. | | | | |
| 6. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | | | |
| 7. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | | | |
| 8. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) | | | | | |
| 9. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 20.00) | | | | | |

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

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

DAG 12 Datum _____ 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