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 - Lymfom

RegimID: NRB-2410

BFM 2004 B4-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													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)	x1				x1										
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 1000 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x1											
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m^2 (kroppsyta)				x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalinisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ge 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 behandlingsdygnen.

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.

Subkutant 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: 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 tillsatts 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
Neutrofila <1,0 och TPK <50 - behandlingen skjuts upp.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-5d/ utan betametason

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)*	Morgondos			_____	_____
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 12.00)*		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 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 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim. *(Start kl 14.00, T 0)*		4 tim.		_____	_____
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)*		8 tim.	_____	_____	.....
13.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*	Morgondos		_____	_____	_____

Fortsätter på nästa sida

DAG 1 Forts.	Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
14.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)*	8 tim.	_____	_____	.....

DAG 2	Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
2.	**Dexametason _____ mg** Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
3.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
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.	**Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 14.00)*	30 min.	_____	_____	_____
8.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
9.	**Dexametason _____ mg** Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
10.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)*	8 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 Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 02.00)*	3 min.	_____	_____	_____
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
4. Dexametason _____ mg Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
5. Kontroll Metotrexat-koncentration och provtagning kl 08.00, T 42		_____	.....	
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. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
10. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
11. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 14.00)*	30 min.	_____	_____	_____
12. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
13. Dexametason _____ mg Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____

Fortsätter på nästa sida

DAG 3 Forts.

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
14.	**Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 20.00)*	3 min.	_____	_____	_____
15.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)*	10 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.	**Dexametason _____ mg** Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 8.00)*		_____	_____	_____
4.	**Kl 8.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!**		_____	.....	
5.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
6.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
7.	**Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 08.00)*	30 min.	_____	_____	_____
8.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Start kl 08.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
9.	**Doxorubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 08.30)*	30 min.	_____	_____	_____
10.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
11.	**Dexametason _____ mg** Morgondos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*			_____	_____

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges kl 08.00)
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** 30 min. _____ _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
   (Start kl 08.00)
5. **Doxorubicin** _____ **mg** 30 min. _____ _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
   (Start kl 08.30)
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** Morgondos _____ _____ _____
   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 _____ _____