

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 CC-Rituximab

Kurintervall: 14 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-2412

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Dexametason Peroral tablett 10 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2										
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²		x1													
Vindesin Intravenös infusion 3 mg/m ²	x1														
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ²	x1		x1												
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ²		x2													
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²			x2	x2											
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²					x1										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg					x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg					x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg					x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippln ges under dag 5 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

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

Vindesin - maxdos per dostillfälle är 5 mg!*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.

Hydrering - 3 liter vätska ges iv dag 1 och 2.

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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>		8 tim.				
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
5. Vindesin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.				
6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>		8 tim.				
7. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)						
8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
9. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 20.00)		3 tim.				
10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>		8 tim.				

DAG 2	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Dexametason _____ mg				_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
4.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>			8 tim.		_____	.....
5.	Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 08.00)			3 tim.	_____	_____	_____
6.	Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
7.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>			8 tim.		_____	.....
8.	Dexametason _____ mg				_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 20.00)						
9.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
10.	Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))			3 tim.	_____	_____	_____
11.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>			8 tim.		_____	.....

DAG 3 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. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))	3 tim.		_____	_____
5. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00)	1 tim.		_____	_____
6. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)			_____	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
8. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))	1 tim.		_____	_____

DAG 4 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))		1 tim.	_____	_____
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)			_____	_____
6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
7. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.))		1 tim.	_____	_____

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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Etoposid-infusion.)) | | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 6. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 7. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) | | | _____ | _____ |
| 8. 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