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-14819

DA-TEDDI-R

Diagnoskod: C85,1

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Ny kur dag 22
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1																				
Dexametason Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2																	
Ibrutinib Peroral tablett 560 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1												
Doxorubicin Liposomalt Intravenös infusion 45 mg/m^2 (kroppsyta)		x1																				
Temozolomid Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m^2 (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 30 ME (standarddos)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *T. Ibrutinib:* Missad dos kan tas under samma dag men INTE extra dos dagen efter för att kompensera för missad dos.

Får inte tas tillsammans med grapefruktjuice. Kosttillskott såsom fiskolja och E-vitaminpreparat ska undvikas.

Doxorubicin liposomalt: Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Första dosen ges på 2 timmar, därefter ges infusionen på 1 timma. **Glukos 50 mg/ml** används som infusionsvätska och i spoldropp, inkompatibelt med Natriumklorid.

Kontroll av hand-fotsyndrom, stomatit.

Totalvätska in/ut 3L/24 h som standard, högre vid TLS-risk (tumörlyssyndrom).

Ibrutinib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination
Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden och CRP.

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 på 30 minuter.

Dexametason - tabletter finns i styrkor 1 och 4 mg. Dosen avrundas uppåt.

Ibrutininb: Reversibel lymfocytökning ses ofta initialt efter insatt behandling. Ökad risk för förmaksflimmer.

Warfarin eller andra K vitaminantagonister ska inte ges tillsammans med Ibrutinib. Läkemedel som kraftigt eller måttligt hämmar CYP3A4 kan öka exponeringen för Ibrutinib och bör undvikas.

G-CSF dos 30 ME och dygn, ges med start dag 6 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion) ges tills passerat nadir + Neutrofila >1.0.

Dosjustering rekommendation
Ibrutinib: Seponeras om TPK <25, eller TPK<50 + signifikant blödning.

Ta ställning vid dessa värden:

Etoposid: GFR <50 samt Billirubin över normalgräns.

Doxorubicin liposomalt: Billirubin över normalgräns eller ASAT/ALAT > 2x övre normalgräns.

Ibrutinib: GFR <30 samt nedsatt leverfunktion.

Neutrofila <1,0 och TPK <75 - behandlingen skjuts upp.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-5b-1-dag/ med start dag 2 men utan betametason då regimen innehåller dexametason.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Ibrutinib _____ mg** Ges peroralt			_____	_____
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
4.	Premedicinering för Rituximab			_____	.....
5.	**Rituximab _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6.	Ingen rutinmässig antiemetikabehandling			.....	
7.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

			Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Ibrutinib** _____ **mg** Ges peroralt				_____	_____
2.	500 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*				_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____				_____	.....
4.	**Dexametason** _____ **mg** Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*	Morgondos		_____	_____	_____
5.	Premedicinering för Rituximab				_____	.....
6.	**Rituximab** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.		_____	_____
7.	**Temozolomid** _____ **mg** Ges intravenöst under 90 min.		90 min.		_____	_____
8.	**Doxorubicin Liposomalt** _____ **mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. *(Endast Glukos som spoldropp)*		60 min.		_____	_____
9.	**Etoposid** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.		60 min.		_____	_____
10.	**Dexametason** _____ **mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*	Kvällsdos		_____	_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	**Ibrutinib** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
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.	**Temozolomid** _____ **mg** Ges intravenöst under 90 min.	90 min.		_____	_____
5.	**Etoposid** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
6.	**Dexametason** _____ **mg** Kvällsdos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*			_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	**Ibrutinib** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
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.	**Temozolomid** _____ **mg** Ges intravenöst under 90 min.	90 min.		_____	_____
5.	**Etoposid** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
6.	**Dexametason** _____ **mg** Kvällsdos Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*			_____	_____

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

1. **Ibrutinib** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....

3. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos
   Ges peroralt
   (Ges kl 08.00)
   _____ _____ _____

4. **Temozolomid** _____ **mg** 90 min.
   Ges intravenöst under 90 min.
   _____ _____

5. **Etoposid** _____ **mg** 60 min.
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 60 min.
   _____ _____

6. **Dexametason** _____ **mg** Kvällsdos
   Ges peroralt
   (Ges kl 20.00)
   _____ _____ _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **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