

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-8528

**GMALL-B-ALL/NHL 02 - Kur B - äldre**

Diagnoskod: C83.7

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 <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x3	x3	x3	x3	x3																
Vinkristin Intravenös infusion 1 mg (standarddos)	x1																					
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1																					
Metotrexat Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Metotrexat Intravenös infusion 450 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x3																		
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m <sup>2</sup> (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 alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara &gt; 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.

Metotrexat intratekalt ges under dag 2 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 på 30 minuter.

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

**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 42 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, 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 42 <1,0 mikromol/L

tim 48 <0,4 mikromol/L

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 8 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

**Dosjustering rekommendation**

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

Cyklofosamid dag 3 och 5 kan uteslutas beroende på vilken behandlingsintensitet patienten bedöms klara.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: Dag 2:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-5d/>  
alternativt

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5b-5d/> utan betametason.

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

1. Premedicinering för Rituximab				_____	.....
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>				_____	.....
3. <b>Rituximab</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.	_____	_____
4. Ingen rutinmässig antiemetikabehandling					.....

DAG 2	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.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet					_____	.....
5.	Vinkristin _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.						
6.	Cyklofosamidmonohydrat _____ mg			1 tim.		_____	_____
	i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.						
7.	500 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och 20 mmol Kaliumklorid. Start kl 12.00)			1 tim.		_____	.....
8.	Dexametason _____ mg			Middagsdos		_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 14.00)						
9.	U-pH $\geq 7$ före start av Metotrexat					.....	
10.	Metotrexat _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Ges kl 14.00, T 0.)						
11.	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.		_____	.....
12.	Metotrexat _____ mg			23,5 tim.		_____	_____
	i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. (Start kl 14.30)						
13.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00)			6 tim.		_____	.....

Fortsätter på nästa sida

**DAG 2****Forts.**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

<b>14. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos	_____	_____	_____
---	-----------	-------	-------	-------

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

<b>1.</b> 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.	_____	_____	.....
<b>2. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 08.00)	Morgondos	_____	_____	_____
<b>3.</b> 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 08.00)	6 tim.	_____	_____	.....
<b>4.</b> 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	_____	.....
<b>5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg</b> i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.	_____	_____	_____
<b>6. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 14.00)	Middagsdos	_____	_____	_____
<b>7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24</b>		_____	_____	.....
<b>8.</b> 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)	6 tim.	_____	_____	.....
<b>9. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos	_____	_____	_____
<b>10.</b> 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 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.	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.	<b>Dexametason</b> _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>			Morgondos	_____	_____	_____
3.	<b>Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42</b>				_____	.....	
4.	<b>Kalciumfolinat (vattenfritt)</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl. 08.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
5.	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.	_____	_____	.....
6.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
7.	<b>Cyklofosamidmonohydrat</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.			1 tim.	_____	_____	_____
8.	<b>Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48</b>				_____	.....	
9.	<b>Kalciumfolinat (vattenfritt)</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl. 14.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
10.	<b>Dexametason</b> _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl. 14.00)</i>			Middagsdos	_____	_____	_____
11.	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.	_____	_____	.....
12.	<b>Dexametason</b> _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>			Kvällsdos	_____	_____	_____
13.	<b>Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54</b>				_____	.....	
	<i>Fortsätter på nästa sida</i>						

**DAG 4****Forts.**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |        |       |       |       |
|---|--------|-------|-------|-------|
| <b>14. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg</b><br>Ges intravenöst under 3 min.<br>(Ges kl 20.00)  | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| <b>15. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Intravenös infusion - hydrering</i><br>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00) | 6 tim. | _____ | _____ | ..... |
| <b>16. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin</b>   |        |       |       | ..... |

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

- |  |            |       |       |       |
|--|------------|-------|-------|-------|
| <b>1. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 08.00)   | Morgondos  | _____ | _____ | _____ |
| <b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>    |            |       | _____ | ..... |
| <b>3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim.     | _____ | _____ | _____ |
| <b>4. Doxorubicin _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 4 tim.             | 4 tim.     | _____ | _____ | _____ |
| <b>5. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 14.00)   | Middagsdos | _____ | _____ | _____ |
| <b>6. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 20.00)   | Kvällsdos  | _____ | _____ | _____ |

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

- |  |            |       |       |       |
|--|------------|-------|-------|-------|
| <b>1. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 08.00)   | Morgondos  | _____ | _____ | _____ |
| <b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet           |            | _____ | _____ | _____ |
| <b>3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim.     | _____ | _____ | _____ |
| <b>4. Doxorubicin _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 4 tim.             | 4 tim.     | _____ | _____ | _____ |
| <b>5. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 14.00)   | Middagsdos | _____ | _____ | _____ |
| <b>6. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 20.00)   | Kvällsdos  | _____ | _____ | _____ |

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

- |  |  |       |       |       |
|--|--|-------|-------|-------|
| <b>1. Filgrastim _____ ME</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

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

- |  |  |       |       |       |
|--|--|-------|-------|-------|
| <b>1. Filgrastim _____ ME</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

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

- |  |  |       |       |       |
|--|--|-------|-------|-------|
| <b>1. Filgrastim _____ ME</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

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

- |  |  |       |       |       |
|--|--|-------|-------|-------|
| <b>1. Filgrastim _____ ME</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |       |       |       |
|--|--|-------|-------|-------|
| <b>1. Filgrastim _____ ME</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |       |       |       |
|--|--|-------|-------|-------|
| <b>1. Filgrastim _____ ME</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_

**DAG 16** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_