

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 GMALL-B-ALL/NHL 02 - Kur B

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-8360

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	x1																					
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m ²		x3	x3	x3	x3	x3																
Vinkristin Intravenös infusion 2 mg	x1																					
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1					x1																
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg	x1					x1																
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg	x1					x1																
Metotrexat Intravenös infusion 150 mg/m ²	x1																					
Metotrexat Intravenös infusion 1350 mg/m ²	x1																					
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg				x3																		
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	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						

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 > 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 2 respektive 6 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.

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 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.

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

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
2. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
3. 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
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 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 Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 7. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |
| 8. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | | 1 tim. | _____ | _____ |
| 9. 500 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och 20 mmol Kaliumklorid. Start kl 12.00) | | 1 tim. | _____ | |
| 10. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 14.00) | Middagsdos | | _____ | _____ |
| 11. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat |  |  | ..... |  |
| 12. Metotrexat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Ges kl 14.00, T 0.) | | 30 min. | _____ | _____ |
| 13. 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. | _____ | |

Fortsätter på nästa sida

DAG 2**Forts.**

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

14. Metotrexat _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. (Start kl 14.30)	23,5 tim.	_____	_____	_____
15. 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.	_____	_____	.....
16. 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.	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>	Morgondos	_____	_____	_____
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.	Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.	_____	_____	_____
6.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 14.00)</i>	Middagsdos	_____	_____	_____
7.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24		_____	_____	.....
8.	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.	_____	_____	.....
9.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>	Kvällsdos	_____	_____	_____
10.	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 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.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>			Morgondos	_____	_____	_____
3.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42				_____	.....
4.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ 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.	Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.			1 tim.	_____	_____	_____
8.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48				_____	.....
9.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl. 14.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____
10.	Dexametason _____ 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.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>			Kvällsdos	_____	_____	_____
13.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54				_____	.....
	<i>Fortsätter på nästa sida</i>						

DAG 4**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
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 20.00) | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 16. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin |  |  |  | ..... |

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

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

DAG 6 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet		_____	_____	.....
6. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.	_____	_____	_____
7. Doxorubicin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim.	4 tim.	_____	_____	_____
8. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 14.00)	Middagsdos	_____	_____	_____
9. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Kvällsdos	_____	_____	_____

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

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