

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

Hyper-CVAD kur 2,4,6,8 (MTX/HIDAC)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-389

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 800 mg/m ²	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 30 mg			x1												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x3												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x4											
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ²		x2	x2												
Metylprednisolon Intravenös injektion 40 mg	x2	x2	x2												
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1														
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1		

Högemetogen.

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, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Anvisningar för ordination

Patienter > 60 år ges Cytarabin 1000 mg/m².

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

Rituximab - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetrizin 10 mg peroralt.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges på 30 minuter.

Subkutant Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

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 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 tills konc < 0,1 mikromol/L. Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Cytarabin ges var 12:e timme. Profylaktiskt mot konjunktivit ges ögondroppar med Dexametason eller Prednisolon (t. ex. Isopto-Maxidex eller Prednisolon APL 5 mg/ml).

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.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
3.	Metylprednisolon _____ mg Ges intravenöst under 5 min.			5 min.		_____	_____
4.	500 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Med tillsats av Natriumbikarbonat 120 mmol (=200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol)</i>			1 tim.		_____	.....
5.	Metotrexat _____ mg Ges intratekalt					_____	_____
6.	Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
7.	Kontroll av U-pH, ska vara >7. Om inte ges Natriumbikarbonat 60 mmol (=100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL)					.....
8.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Startas och går parallellt med Metotrexatinfusion- erna)</i>			8 tim.		_____	.....
9.	Metotrexat _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
10.	Metotrexat _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 22 tim.			22 tim.		_____	_____
11.	Metylprednisolon _____ mg Ges intravenöst under 5 min.			5 min.		_____	_____
12.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i>			8 tim.		_____	.....

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

1. Kontroller av S-metotrexat timme 24, 42, 48, 54 tills konc < 0,1 mikromol/L.			.....
2. Kontroll av U-pH, ska vara >7			.....
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Metylprednisolon _____ mg Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i>	8 tim.		_____	.....
7. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.	_____	_____	_____
8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Med tillsats av Natriumbikarbonat 60 mmol och kaliumklorid 20 mmol.)</i>	8 tim.		_____	.....
9. Metylprednisolon _____ mg Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
10. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
11. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. <i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i>	3 tim.	_____	_____	_____
12. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i>	8 tim.		_____	.....

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

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. Kontroller av S-metotrexat timme 24, 42, 48, 54 tills konc < 0,1 mikromol/L. |  |  | ..... |  |
| 2. Kontroll av U-pH, ska vara >7 |  |  | ..... |  |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  |  | _____ | ..... |

_____ | | | _____ | |
| 5. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges intravenöst under 5 min.
<i>(Startas 42 timmar efter start av infusion Metotrexat. Ges därefter var 6:e timme peroralt eller intravenöst med dosen 15 mg.)</i> | 5 min. | | _____ | _____ |
| 6. Metylprednisolon _____ mg
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i> | 8 tim. | | _____ | |
| 8. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion)</i> | 3 tim. | | _____ | _____ |
| 9. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i> | 8 tim. | | _____ | |
| 11. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 12. Metylprednisolon _____ mg
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| 13. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |

Fortsätter på nästa sida

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

- | | | | | |
|---|--------|-------|-------|-------|
| 14. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cytarabin.) | 3 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 15. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.) | 8 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 16. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|--|-------|-------|-------|
| 1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ | _____ |
| 2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ | _____ |
| 3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ | _____ |
| 4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

DAG 7Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

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

- | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

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

- | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | _____ | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|-------|

DAG 10Datum _____ 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