

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

RegimID: NRB-15447

Obinutuzumab-CHOP 21 kur 1

(Obinutuzumab-Cyklofosamid-Doxorubicin-Vinkristin)

Diagnoskod: C81-C86

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
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)	x1																					
Obinutuzumab Intravenös infusion 1000 mg (standarddos)								x1							x1							
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Prednison Peroral tablett 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Obinutuzumab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Blodtryck och puls.*Infusion dag 1* - Infusionshastighet: starta med 50 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 50 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.*Infusion dag 8 och 15* - Om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme. Infusionshastigheten kan trappas upp i steg om 100 mg/timme var 30:e minut till max 400 mg/timme.*Infusion kur 2 osv, dag 1* - Om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme i 30 minuter, därefter 900 mg/timme i cirka 60 minuter.*Doxorubicin* - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin.

G-CSF ges till alla patienter äldre än 65 år, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

Dosen för Prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Obinutuzumab - Hypotension kan inträffa under infusionen. Utsättning av blodtryckssänkande behandling bör därför övervägas 12 timmar före infusion, under varje infusion och under den första timmen efter administrering av *Obinutuzumab*.

Allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma i samband med den första dosen, vilket föranleder noggrann övervakning.

Premedicinering: Dag 1 - Betametason 16 mg iv (1 timme innan), tablett Paracetamol 1000 mg och antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg (30 min innan).

Efterföljande infusioner:

Ingen infusionsrelaterad reaktion, ge tablett Paracetamol 1000 mg.

Infusionsrelaterad reaktion, grad 1 eller 2, ge tablett Paracetamol 1000 mg och antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg). (30 min innan).

Infusionsrelaterad reaktion, grad 3, eller lymfocytantal > 25 innan nästa behandling - ge också Betametason 16 mg iv (1 timme innan).

Dosjustering rekommendation

Obinutuzumab - Dosreduceras ej.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin> . Lågt antiemetikasteg pga kortison i regimen.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|--|-----------|--|--|-------|-------|
| <p>1. Premedicinering för Obinutuzumab
(Dag 1 - Betametason 16 mg iv (1 timme innan), tablett Paracetamol 1000 mg och antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg (30 min innan).)</p> | | | | _____ | _____ |
| <p>2. Prednison _____ mg
Ges peroralt</p> | Morgondos | | | _____ | _____ |
| <p>3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</p> | | | | _____ | _____ |
| <p>4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> | | | | _____ | _____ |
| <p>5. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls)</p> | 4 tim. | | | _____ | _____ |
| <p>6. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> | 30 min. | | | _____ | _____ |
| <p>7. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> | 30 min. | | | _____ | _____ |
| <p>8. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min.</p> | 5 min. | | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|---|-----------|--|--|-------|-------|
| <p>1. Prednison _____ mg
Ges peroralt</p> | Morgondos | | | _____ | _____ |
|---|-----------|--|--|-------|-------|

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|---|-----------|--|--|-------|-------|
| <p>1. Prednison _____ mg
Ges peroralt</p> | Morgondos | | | _____ | _____ |
|---|-----------|--|--|-------|-------|

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|---|-----------|--|--|-------|-------|
| <p>1. Prednison _____ mg
Ges peroralt</p> | Morgondos | | | _____ | _____ |
|---|-----------|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | | |
|---|-----------|--|--|-------|-------|
| <p>1. Prednison _____ mg
Ges peroralt</p> | Morgondos | | | _____ | _____ |
|---|-----------|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. Premedicinering för Obinutuzumab
(Ingen infusionsrelaterad reaktion, ge tablett
Paracetamol 1000 mg. Vid tidigare reaktion, se
anvisningar för ordination.) | | | _____ | |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet | | | _____ | |
| 3. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | 2 tim. | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. Premedicinering för Obinutuzumab
(Ingen infusionsrelaterad reaktion, ge tablett
Paracetamol 1000 mg. Vid tidigare reaktion, se
anvisningar för ordination.) | | | _____ | |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet | | | _____ | |
| 3. Obinutuzumab _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
(Kontroll av blodtryck och puls) | 2 tim. | | _____ | _____ |