

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-1078

Rituximab-Bendamustin-Cytarabin (R-BAC)

Kurintervall: 28 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 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bendamustin Intravenös infusion 70 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 800 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (standarddos) | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | Ny kur dag 29 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Bendamustin Intravenös infusion 70 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 800 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (standarddos) | | | | | | | | |

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Anvisningar för ordination

Cytarabin - vid recidiv ges dosen 500 mg/m²

Rituximab - Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion av Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare: 20 % av dosen på 30 minuter och 80 % av dosen på 60 minuter.

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

Vid låg tumörbörda och indolenta lymfom undviks allopurinol.

Om *Peg-filgrastim* - ges detta dag 4 i dosen 6 mg.

Dosjustering rekommendation

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

Om cytopeni betingas av lymfominfiltration i benmärg ges 100 % dos.

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. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | | _____ | _____ |
| 4. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 90 min. | | | 90 min. | | _____ | _____ |
| 5. Bendamustin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | | | 30 min. | | _____ | _____ |
| 6. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. | | | 60 min. | | _____ | _____ |

DAG 2 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. Bendamustin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | | | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. | | | 60 min. | | _____ | _____ |

DAG 3 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. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | _____ |

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

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

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

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

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

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

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

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

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 | _____ | _____ |
|---|-------|-------|