

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-1079

Rituximab-CEOP 21

(Rituximab-Cyklofosfamid-Etoposid-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
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1																			
Prednison Peroral tablett 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila.

Vid stor tumörbörda ev. hydrering och alkalinisering av urinen: 2 L/m² med Natriumklorid 9 mg/ml med tillsats av 50 mmol Natriumbikarbonat.

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 snabbare på 30 minuter.

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

G-CSF bör ges till alla patienter, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

Etoposid peroralt - har en dosberoende biotillgängligheten. En peroral dos på 100 mg är jämförbar med en intravenös dos på 75 mg; 400 mg po med 200 mg iv. Variabilitet hos en och samma patient (d.v.s. mellan kurer) är större vid peroral administrering än efter intravenös administrering, se FASS.

Etoposid kapslar finns i styrkan 50 mg.

Prednison - dosen avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Dosjustering rekommendation

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

Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %.

Om cytopenin beror på lymfominfiltrat i benmärgen ges 100 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-2a-3d/>.

Lågt antiemetikasteg pga kortison i regimen

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Premedicinering för Rituximab		_____
3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
5. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____
6. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____
7. Vinkristin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	5 min.	_____	_____
8. Etoposid _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Etoposid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Etoposid** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos