**Datum:** _____

**Läkare:** _____

**Kur nr:** _____

**Längd (cm):** _____ **Vikt (kg):** _____

**Yta ($m^2$):** _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-201

# Rituximab-CHOEP 14

Diagnoskod: C81-C86

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<br>Intravenös infusion<br>375 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>750 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>50 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,4 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Etoposid<br>Intravenös infusion<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Etoposid<br>Peroral kapsel<br>200 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>50 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg (kroppsvikt) | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | |

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Etoposid Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

**Anvisningar för ordination**

Premedicinering för rituximab 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: 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.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK $>10$.

Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 4.

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

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

## DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2.** 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **3.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **4. Rituximab _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 90 min. | 90 min. | | _____ | _____ |
| **5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **6. Doxorubicin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **7. Vinkristin _____ mg**<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| **8. Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |

## DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2. Etoposid _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

## DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2. Etoposid _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **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