

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-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 Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)	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														
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Etoposid Peroral kapsel 200 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1												
Prednison Peroral tablett 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 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**

Ges peroralt

2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet***3. Tablett/Injektion Antiemetika**_____
_____**4. Rituximab _____ mg**i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 90 min.

90 min.

5. Cyklofosamidmonohydrat _____ mgi 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

6. Doxorubicin _____ mgi 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

7. Vinkristin _____ mgi 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min.

5 min.

8. Etoposid _____ mgi 1000 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. Prednison _____ mg**

Ges peroralt

2. Etoposid _____ mg

Ges peroralt

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Prednison _____ mg**

Ges peroralt

2. 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

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
