

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-2316

Rituximab-CHOEP 21

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																						
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																		

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.

Etoposid peroralt - Dagliga doser över 200 mg bör delas upp så att de ges 2 gånger dagligen. Etoposidkapslar finns i styrkan 50 mg.

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 %.

Neutrofila 1,0-1,3 och/eller TPK 50-74 - reducera Cyklofosamid, Doxorubicin och Etoposid till 75 % av fulldos. Vinkristin och Prednison fulldos.

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

Om cytopenin beror på lymfominfiltrat i benmärgen ges fulldoser.

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 <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. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.			
6. Doxorubicin _____ 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 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

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

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