

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-6766

**Rituximab-CHOP 21**

(Rituximab-Cyklofosfamid-Doxorubicin-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<br>Intravenös infusion<br>375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)               | x1 |    |    |    |    |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>750 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta) | x1 |    |    |    |    |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)              | x1 |    |    |    |    |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,4 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)              | x1 |    |    |    |    |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)                    | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration***Doxorubicin* - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.*Rituximab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin.

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 på 30 minuter.

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

G-CSF ges till alla patienter äldre än 65 år, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

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

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

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|