

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-7950

Rituximab-CIEP oral

(Rituximab-Cyklofosfamid-Idarubicin-Etoposid)

Diagnoskod: C833

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 Peroral tablett 150 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Idarubicin Peroral kapsel 30 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Prednisolon Peroral tablett 50 mg (standarddos)	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. _____

Villkor och kontroller för administration*Rituximab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination

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

Rituximab - 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.

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

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.

Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg subkutant dag 4. Filgrastim alternativt peg-filgrastim får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

Fulldos om neutrofila >0,2 och TPK >50.

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. Prednisolon _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Premedicinering för Rituximab		_____
3. 250 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 Ges peroralt		_____	_____
7. Idarubicin _____ mg Ges peroralt		_____	_____
8. Etoposid _____ mg Ges peroralt		_____	_____

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 3. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 3. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | _____ | _____ |
| 2. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | _____ | _____ |
| 2. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |

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
