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-3002

Rituximab-Cisplatin-Gemcitabin (Rituximab-GDP)

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																					
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1														
Cisplatin Intravenös infusion 75 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Prednison Peroral tablett 100 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1																		

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Vikt eller diureskontroll.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inklusive kreatinin.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enlig lokal metod (Cystatin C, Iohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

Premedicinering för Rituximab med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt.

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.

Cisplatin - under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.

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. Gemcitabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	2 tim.		_____	.....
7. Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - posthydrering*	1 tim.		_____	.....

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ 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 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Gemcitabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____