

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

Rituximab-Cytarabin högdos kur 2, 4, 6

Indikation: Mantelcellslymfom C83.1

Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-6917

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	x1																						
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ²	x1		x1																				
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ²		x2																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1												

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila.

Cytarabin - 12 timmar mellan infusionerna.

Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under dag 1-4.

Rituximab - Premedicinering 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 på 30 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. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.

Dosjustering rekommendation

Neutrofiler < 1,0 och TPK < 75 - behandlingen skjuts upp.

Om cytopeni beror på lymfominfiltration i benmärgen ges 100 % dos.

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

1. Premedicinering för Rituximab					_____
2. 250 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 30 min.			30 min.		_____	_____
5. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 20.00)</i>			1 tim.		_____	_____

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

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____
3. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i>			1 tim.		_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____
5. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i>			1 tim.		_____	_____

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

- | | | | | | | |
|--|--------|--|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | | | | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av
Cytarabin-infusion.)) | 1 tim. | | | | | |

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

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. 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