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-2685

Rituximab-Cytarabin högdos kur 2, 4, 6

Diagnoskod: C83.1

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																					
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m^2 (kroppsyta)	x1		x1																			
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m^2 (kroppsyta)		x2																				

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: 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.

G-CSF ges efter kur 6 inför stamcellsmobilisering, dag 5-12 (8 doser).

Dosjustering rekommendation

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

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