

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

Rituximab-DA EPOCH

RegimID: NRB-1955

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom C85

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	x1																					
Prednison Peroral tablett 60 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2																	
Etoposidfosfat Bärbar infusionspump Intravenös infusion 200 mg/m ²	→	→	→	→	*																	
Doxorubicin Bärbar infusionspump Intravenös infusion 40 mg/m ²	→	→	→	→	*																	
Vinkristin Bärbar infusionspump Intravenös infusion 1,6 mg/m ²	→	→	→	→	*																	
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ²					x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

* Pumpen kopplas bort.

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

Blodstatus, inkl neutrofila.

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 bör ges till alla patienter, förslagsvis dag 6-13 (8 doser).

Doxorubicin - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandlingen mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m².

Etoposidfosfat - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras.

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

Dosjustering rekommendation

Dosjusteringsrekommendationer fr. o. m. kur 2 beroende på hematologisk toxicitet:

Om nadir för neutrofila $\geq 0,5$ - öka doser med 20 % för Etoposidfosfat och Doxorubicin, Cyklofosamid jämfört med föregående kur.

Om nadir för neutrofila $< 0,5$ vid 1-2 mätningar - samma doser som föregående kur.

Om nadir för neutrofila $< 0,5$ vid ≥ 3 mätningar - minska doser med 20 % för Etoposidfosfat och Doxorubicin, Cyklofosamid jämfört med föregående kur. Endast Cyklofosamid kan reduceras till en dos lägre än startdosen.

Om nadir för trombocyter < 25 vid ett tillfälle - 20 % minskning av dosen för Etoposidfosfat, Doxorubicin, Cyklofosamid jämför med föregående kur. Endast Cyklofosamid kan reduceras till en dos lägre än startdosen.

Om cytopeni betingas av lymfominfiltration i benmärg ges 100 % dos.

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet (Premedicinering för Rituximab)</i>		_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
4. Rituximab _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____
5. Etoposidfosfat Bärbar infusionspump _____ mg Ges intravenöst via Bärbar infusionspump	96 tim.	_____	_____
6. Doxorubicin Bärbar infusionspump _____ mg Ges intravenöst via Bärbar infusionspump	96 tim.	_____	_____
7. Vinkristin Bärbar infusionspump _____ mg Ges intravenöst via Bärbar infusionspump <i>(Etoposidfosfat, Doxorubicin och Vinkristin är blandbara i samma bärbara infusionspump. Efter 4 dygn kopplas pumpen bort.)</i>	96 tim.	_____	_____
8. Prednison _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Prednison _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Prednison _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 5. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant