

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-6846

Rituximab-DHAP (Rituximab-Cisplatin-Cytarabin)

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																					
Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m ² (kroppsyta)		x2																				
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	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.

Totalt minst 4 liter i.v. vätska dygn 1 och 2. Det perorala vätskeintaget minst 2-3 liter dag 3-6. Forcerad diures och elektrolytkorrigerig.

Anvisningar för ordination

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

Om S-kreatinin stiger mer än 25 % mellan 2 kurer görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol-, kreatininclearance eller motsvarande).

Rituximab - premedicinering 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 på 30 minuter.Subkutan *Rituximab* i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.*Cytarabin* ges var 12:e timme.*Dexametason* 40 mg kan bytas mot Betametason tablett 32 mg.*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 subkutan dag 4.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-6-5d/> utan betametason

DAG 1	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Dexametason _____ mg			Morgondos		_____	_____
	Ges peroralt						
2.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____
	<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						
3.	Tablett/Injektion Antiemetika					_____

4.	Rituximab _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml						
	Ges intravenöst under 30 min.						
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml			2 tim.		_____
	<i>Intravenös infusion - prehydrering</i>						
6.	Cisplatin _____ mg			24 tim.		_____	_____
	i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml						
	Ges intravenöst under 24 tim.						
7.	2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml			24 tim.		_____
	<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>						

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

1. Dexametason _____ 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - posthydrering</i>	2 tim.	_____
5. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.	_____	_____
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>	6 tim.	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
8. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. <i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i>	3 tim.	_____	_____

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

1. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
--	-----------	-------	-------

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

1. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. 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