

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-FC peroral (Rituximab-Cyklofosamid-Fludarabin

RegimID: NRB-1457

peroral)

Indikation: Lymfom C81-C86

Kurintervall: 28 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	
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²	x1																					
Cyklofosamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ²	x1	x1	x1																			

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ²								
Cyklofosamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ²								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ²								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Vid leukemiserat lymfom > 40 /nanoL eller KLL > 100 nanoL bör man överväga att dela Rituximabdosen på 2 dagar. 100 mg första dagen och resterande dag 2.

Premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och klemastin 2 mg intravenöst eller cetirizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion av Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare på 30 minuter.

Vid stor tumörbörda hydrering och alkalisering av urinen.

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion sker genom att i första hand minska antalet behandlingsdagar.

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. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg Ges peroralt		_____	_____
6. Fludarabin _____ mg Ges peroralt		_____	_____

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

1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg Ges peroralt		_____	_____
2. Fludarabin _____ mg Ges peroralt		_____	_____

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

1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg Ges peroralt		_____	_____
2. Fludarabin _____ mg Ges peroralt		_____	_____