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-297

Rituximab-FC peroral (Rituximab-Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

Diagnoskod: C91.1

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 375/500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																				
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375/500 mg/m^2 (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m^2 (kroppsyta)								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m^2 (kroppsyta)								

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Rituximab - Vid KLL ges intravenöst 375 mg/m2 i första kuren, därefter ges 500 mg/m2 intravenöst. Vid övriga lymfom är den intravenösa dosen alltid 375 mg/m2.

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 cetrizin 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: 20 % av dosen på 30 minuter och 80 % av dosen på 60 minuter.

Vid stor tumörbörda hydrering och alkalinisering av urinen.

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. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Rituximab** _____ **mg** 90 min. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 90 min.
4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
5. **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