

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-7222

**Rituximab-Lenalidomid enligt Augment, kur 1, startdoser**

Diagnoskod: C82

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 <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1							x1							x1							
Lenalidomid Peroral kapsel 20 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1							
Lenalidomid Peroral kapsel 20 mg (standarddos)								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

*Lenalidomid* - Vid missad dos vid ordinarie tidpunkt och det har gått mindre än 12 timmar, ta kapseln omedelbart. Om det har gått mer än 12 timmar, ta inte kapseln. Ta nästa kapsel vid den vanliga tidpunkten nästa dag.

Lenalidomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

**Anvisningar för ordination**

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

*Vid kreatinin clearance 30-59 mL/min reduceras dosen Lenalidomid till 10 mg.**Lenalidomid* är ett potentiellt fosterskadande läkemedel. Fertila kvinnor och män med fertil kvinnlig partner måste därför strikt följa riktlinjer för preventivmetoder, se FASS.*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.

**Dosjustering rekommendation**Dosminskningssteg *Lenalidomid*:

Dosnivå -1 - dos 15 mg/dag en gång dagligen dag 1-21 i 28 dagars kur.

Dosnivå -2 - dos 10 mg/dag en gång dagligen dag 1-21 i 28 dagars kur.

Dosnivå -3 - dos 5 mg/dag en gång dagligen dag 1-21 i 28 dagars kur.

Se FASS för dosreduktion.

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

- |  |  |  |         |  |       |       |
|--|--|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     |  |  |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |  |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Rituximab</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. |  |  | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  |  |  |         |  | _____ | _____ |

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

- |   |  |  |  |  |       |       |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |  |  |       |       |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |  |  |       |       |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |  |  |       |       |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

**DAG 6** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |  |  |       |       |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

**DAG 7** Datum\_\_\_\_\_ Beställs till kl\_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |  |  |       |       |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |         |       |
|--|---------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     | _____   | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____  | _____   | ..... |
| 3. <b>Rituximab</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |
| 4. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  | _____   | _____ |

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

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

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

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

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   | _____ | ..... |
| 3. <b>Rituximab</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | _____ | _____ |
| 4. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  | _____ | _____ |

**DAG 16** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 17** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 18** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 19** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 20** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 21** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. <b>Lenalidomid</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | _____ | _____ |
|---|-------|-------|

**DAG 22** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |         |       |       |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     |  |         | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |         | _____ | ..... |
| 3. <b>Rituximab</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. |  | 30 min. | _____ | _____ |