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-1134

Rituximab-Lenalidomid enligt SAKK/NLG

Diagnoskod: C82

Kurintervall: 92 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 (kroppsyta)															x1						
Lenalidomid Peroral kapsel 15 mg (standarddos)	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	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Lenalidomid Peroral kapsel 15 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Lenalidomid Peroral kapsel 15 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1													

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Lenalidomid Peroral kapsel 15 mg (standarddos)																					

Dag	85	86	87	88	89	90	91	92	Ny kur dag 93
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)									
Lenalidomid Peroral kapsel 15 mg (standarddos)									

Medelemetogen.
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.

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
Dosreduceras ej.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

3. Premedicinering för Rituximab _____ .....

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. **Rituximab** _____ **mg** 30 min. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. Premedicinering för Rituximab _____ .....
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
5. **Rituximab** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 29 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. Premedicinering för Rituximab _____ .....
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
5. **Rituximab** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

DAG 30 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 31 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 32 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 33 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 34 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 35 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 36 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

3. Premedicinering för Rituximab _____ .....

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. **Rituximab** _____ **mg** 30 min. _____ _____
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

DAG 37 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 38 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 39 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 40 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 41 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 42 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 43 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 44 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 45 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 46 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 47 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 48 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. Lenalidomid _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 49 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 50 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

2. **Lenalidomid** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt