

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-1135

Rituximab-Maxi-CHOP kur 1, 3, 5

(Rituximab-Cyklofosamid-Doxorubicin-Vinkristin)

Diagnoskod: C83.1

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																					
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 75 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Vinkristin Intravenös infusion 2 mg (standarddos)	x1																					
Prednisolon Peroral tablett 100 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Rituximab - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Anvisningar för ordination

Blodstatus, inkl neutrofila.

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

Subkutant Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

G-CSF bör ges till alla patienter, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

Doxorubicin - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandlingen mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m².

Dosjustering rekommendation

Neutrofiler 1,0-1,3 och TPK 75-100 - ge fulldos Rituximab, Vinkristin och Prednisolon. Reducera Cyklofosamid och Doxorubicin till 75 %.

Neutrofiler < 1,0 och TPK < 75 - behandlingen skjuts upp.

Om cytopenin beror på lymfominfiltration i benmärgen ges 100 % dos.

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

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

2. Premedicinering för Rituximab

3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. **Rituximab** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 90 min.

90 min.

6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

1 tim.

7. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

8. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

9. **Vinkristin** _____ **mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min.

5 min.

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

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Prednisolon _____ **mg**
Ges peroralt
