**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

# Rituximab-MPV, kur 1,3,5,(7)

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom C83.3

Kurintervall: 14 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-2701

## Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Ny kur dag 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rituximab<br>Intravenös infusion<br>375 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | x1 | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,4 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat<br>Intravenös infusion<br>3500 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Intravenös injektion<br>15 mg | | x2 | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg | | | x4 | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg | | | | x1 | | | | | | | | | | | |
| Prokarbazin<br>Peroral kapsel<br>100 mg/$m^2$ | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | |

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration**

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalinisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara $> 7$ före start av Metotrexat, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

*Prokarbazin* - Patienten bör varnas för samtidigt alkoholintag, Prokarbazin har antabus-effekt. Mat med högt innehåll av tyramin bör undvikas, se exempel under biverkningar Prokarbazin- övrigt. Intag på kvällen kan minska illamåendet.

**Anvisningar för ordination**
Kontroll av blodstatus inkl neutrofila, lever- och elektrolytstatus med kreatinin. Under behandlingen kontrolleras kreatinin och levervärden.

*Metotrexat intratekalt* - ges vid cytologiskt engagemang i likvor dag 8, ges tills likvor är fri från lymfomceller.

*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.

*Metotrexat - Kalciumfolinat* dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc <0,1 mikromol/L. Doserna kan ges i.v i samma dos som peroralt. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60 osv tills konc < 0,1 mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkoncentrationen <0,1 mikromol/L.

*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 6.

**Dosjustering rekommendation**
Neutrofila <1,5 och TPK <100 - behandlingen skjuts upp.

Om GFR <50 mL/min ges inte Metotrexat.

**DAG 1** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | Premedicinering för Rituximab | | | _____ | ..... |
| **2.** | 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **3.** | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **4.** | **Rituximab _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **5.** | 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser 100 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kalium. Start kl 12.30)* | 1 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **6.** | **Vinkristin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br>*(Start kl 13.30)* | 30 min. | _____ | _____ | _____ |
| **7.** | **U-pH >=7 före start av Metotrexat** | | | ..... | |
| **8.** | **Prokarbazin _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **9.** | **Metotrexat _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 3 tim.<br>*(Start kl 14.00, **T 0**)* | 3 tim. | _____ | _____ | _____ |
| **10.** | 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **11.** | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |

**DAG 2** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **2. Prokarbazin _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges intravenöst under 5 min.<br>*(Ges kl 14.00)* | 5 min. | _____ | _____ | _____ |
| **4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24** | | _____ | ..... | |
| **5.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges intravenöst under 5 min.<br>*(Ges kl 20.00)* | 5 min. | _____ | _____ | _____ |
| **7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 30** | | _____ | ..... | |
| **8.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |

**DAG 3** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 02.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **2. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36** | | _____ | ..... | |
| **3.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 08.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42** | | | ..... | |
| **6. Prokarbazin _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **7. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **8. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48** | | _____ | ..... | |
| **9.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **10. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 20.00)* | | _____ | _____ | _____ |
| **11. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54** | | _____ | ..... | |
| **12.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |

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

1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   *(Ges kl 02.00)*

2. **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60** _____ .....

3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml 8 tim. _____ _____ .....
   *Intravenös infusion - hydrering*
   *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)*

4. **Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin** _____ .....

5. **Prokarbazin _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   *(Ges kl 14.00)*

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

1. **Prokarbazin _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   *(Ges kl 14.00)*

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

1. **Prokarbazin _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   *(Ges kl 14.00)*

2. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Prokarbazin _____ mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   *(Ges kl 14.00)*

2. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

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

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

1. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant