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-2449

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

Diagnoskod: C83.3

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

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

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

Vinkristin - Maxdos vid denna regim 2,8 mg.

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: 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.

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 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 6.

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

Om GFR <60 mL/min ges inte Metotrexat.

DAG 1 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** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 90 min.	90 min.		_____	_____
4.	500 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser 100 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kalium. Start kl 12.30)*	1 tim.	_____	_____	.....
5.	**Vinkristin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 13.30)*	30 min.	_____	_____	_____
6.	**U-pH >=7 före start av Metotrexat**			.....	
7.	**Prokarbazin _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*		_____	_____	_____
8.	**Metotrexat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *(Start kl 14.00, **T 0**)*	2 tim.	_____	_____	_____
9.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
10.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(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 *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
2. Prokarbazin _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*		_____	_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 5 min. *(Ges kl 14.00)*	5 min.	_____	_____	_____
4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24		_____	.....	
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 5 min. *(Ges kl 20.00)*	5 min.	_____	_____	_____
7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 30		_____	.....	
8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(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 Ges peroralt *(Ges kl 02.00)*		_____	_____	_____
2. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36		_____	.....	
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42			.....	
6. Prokarbazin _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*		_____	_____	_____
7. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 14.00)*		_____	_____	_____
8. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48		_____	.....	
9. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	8 tim.	_____	_____	.....
10. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
11. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54		_____	.....	
12. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(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** 90 min. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 90 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