

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-12351

Rituximab-Temozolomid före strålbehandling

Diagnoskod: C83

Ordnation/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														x1						
Temozolomid Peroral kapsel 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1												x1	x1	x1				

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)							
Temozolomid Peroral kapsel 300 mg/m ² (kroppsyta)							

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Rituximab* - ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion.*Temozolomid* - vid kräkning efter kapselintaget får inga nya kapslar tas den dagen.

Temozolomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination*OBS! Ges endast i en kur om 28 dagar!*

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin.

Neutrofila granulocyter $\geq 1,5$ och TPK ≥ 100 *Rituximab* - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt och Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.Första infusion av *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.*Temozolomid* - antiemetika rekommenderas till alla patienter.

Dosjustering rekommendation

Behandlingen skjuts upp om neutrofila granulocyter $< 1,5$ eller TPK < 100 . Om nadir med neutrofila granulocyter $< 1,0$ eller TPK < 50 reduceras dosen Temozolomid för nästkommande kur till 200 mg/m².

Vid ytterligare benmärgstoxicitet enligt ovan reduceras ytterligare ett steg till 100 mg/m². Om detta ej tolereras avbryts behandlingen.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-3-3d/>. Dag 15: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-3-3d/>

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

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

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

1. Temozolomid _____ mg Ges peroralt							
---	--	--	--	--	--	--	--

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

1. Temozolomid _____ mg Ges peroralt							
---	--	--	--	--	--	--	--

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

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

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

1. Temozolomid _____ mg Ges peroralt			_____	_____
--	--	--	-------	-------

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

1. Temozolomid _____ mg Ges peroralt			_____	_____
--	--	--	-------	-------