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-12351

Rituximab-Temozolomid före strålbehandling

Diagnoskod: C83

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														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)							

Medelemetogen.
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 $\geq$ 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 *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 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 *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 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