

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

**Rituximab, underhållsdos var 3:e månad**

RegimID: NRB-196

Indikation: CD20 positivt lymfom C84

Kurintervall: 90 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 91
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup>	x1														

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Anvisningar för ordination**

Premedicinering för rituximab 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.

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

- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 2. Rituximab _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.           |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 min. |  |  |  |  |  |  |