

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-13268

VIPOR kur 2 osv (fulldos Venetoklax)

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Ny kur dag 22
Obinutuzumab Intravenös infusion 2000 mg (standarddos)	x1																					
Prednison Peroral tablett 100 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1															
Ibrutinib Peroral tablett 560 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Lenalidomid Peroral kapsel 15 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Venetoklax Peroral tablett 800 mg (standarddos)		x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)								x1														

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Obinutuzumab* - Ökad beredskap för infusionsrelaterad reaktion. Blodtryck och puls.Infusion: Om ingen reaktion på föregående infusion, ge 100 mg/timme i 30 minuter, därefter 900 mg/timme. Total infusionstid ca 3 timmar. Vid tidigare reaktion se <https://fass.se/health/product/20130530000042/smpc>*Venetoklax* - Grapefrukt, pomerans och stjärnfrukt (carambola) ska undvikas.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 8 timmar kvar till nästa planerade dos.

Ibrutinib Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Lenalidomid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Venetoklax Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination

Obinutuzumab - allvarliga infusionsrelaterade biverkningar kan förekomma, se FASS.

Premedicinering: Om ingen infusionsrelaterad reaktion - Paracetamol 1000 mg po (30 min innan). Vid reaktion, se FASS <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20130530000042>.

Premedicinering:

Ingen infusionsrelaterad reaktion, ge tablett Paracetamol 1000 mg.

Tidigare infusionsrelaterad reaktion, grad 1 eller 2, ge tablett Paracetamol 1000 mg och Klemastin 2 mg iv eller T. Desloratadin 5-10 mg) (60 min innan)

Tidigare infusionsrelaterad reaktion, grad 3, eller lymfocytantal > 25 innan nästa behandling - ge också Betametason 16 mg iv (60 min innan).

Venetoklax - Kontroll av blod- och elektrolytstatus (kalium, urat, fosfat, kalcium) och kreatinin görs inför ny kur.

Peg-filgrastim ges dag 8 eller *G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges dag 4-11*. Peg-filgrastim (G-CSF) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag>

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

1. Ibrutinib _____ mg Ges peroralt						
2. Lenalidomid _____ mg Ges peroralt						
3. Prednison _____ mg Ges peroralt						
4. Premedicinering för Obinutuzumab					
5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					
6. Obinutuzumab _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. <i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i>			3 tim.			

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

1. Ibrutinib _____ mg Ges peroralt						
2. Lenalidomid _____ mg Ges peroralt						
3. Prednison _____ mg Ges peroralt						
4. Venetoklax _____ mg Ges peroralt						

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

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

4. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

4. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

4. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

4. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

4. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

4. **Pegfilgrastim** _____ **mg**

Ges subkutant

(Peg-filgrastim (G-CSF) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.)

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Ibrutinib** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Venetoklax** _____ **mg**

Ges peroralt
