

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

**VR-CAP** (Bortezomib-Rituximab-Cyklofosamid-Doxorubicin)

RegimID: NRB-6784

Indikation: Mantelcellslymfom C83.1

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
Bortezomib Subkutan injektion 1,3 mg/m <sup>2</sup>	x1			x1				x1			x1											
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup>	x1																					
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m <sup>2</sup>	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup>	x1																					
Prednison Peroral tablett 50 mg/m <sup>2</sup>	x1	x1	x1	x1	x1																	

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration***Doxorubicin* - Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.*Bortezomib* - det bör gå minst 72 timmar mellan två på varandra följande doser.*Rituximab* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin. Kontroll av perifer neuropati

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.

Subkutan Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

G-CSF ges till alla patienter äldre än 65 år, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

Dosen för Prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

**Dosjustering rekommendation**

*Bortezomib* - Neuropatier, grad 1 med smärta eller grad 2 (måttliga symtom; begränsande instrumentell Allmän Daglig Livsföring (ADL)) - reducera dosen till 1,0 mg/m<sup>2</sup> eller ge dos 1,3 mg/m<sup>2</sup> en gång/vecka.

Grad 2 med smärta eller grad 3 (allvarliga symtom; begränsande egenomsorgs-ADL) - Avbryt behandlingen tills symtomen på toxicitet har försvunnit. När toxiciteten avklingat återupptas behandlingen, dosen reduceras till 0,7 mg/m<sup>2</sup> en gång per vecka.

Grad 4 - avbryt behandlingen. Se FASS.

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

- |   |  |  |         |  |  |  |
|---|--|--|---------|--|--|--|
| <b>1. Prednison _____ mg</b><br>Ges peroralt  |  |  |         |  |  |  |
| <b>2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     |  |  |         |  |  |  |
| <b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b><br>_____<br>_____   |  |  |         |  |  |  |
| <b>4. Bortezomib _____ mg</b><br>Ges subkutant  |  |  |         |  |  |  |
| <b>5. Rituximab _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.               |  |  | 30 min. |  |  |  |
| <b>6. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. |  |  | 30 min. |  |  |  |
| <b>7. Doxorubicin _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.             |  |  | 30 min. |  |  |  |

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

- |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>1. Prednison _____ mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

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

- |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>1. Prednison _____ mg</b><br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

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

- |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>1. Prednison _____ mg</b><br>Ges peroralt   |  |  |  |  |  |  |
| <b>2. Bortezomib _____ mg</b><br>Ges subkutant |  |  |  |  |  |  |

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

**1. Prednison \_\_\_\_\_ mg**  
Ges peroralt

\_\_\_\_\_

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

**1. Bortezomib \_\_\_\_\_ mg**  
Ges subkutant

\_\_\_\_\_

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

**1. Bortezomib \_\_\_\_\_ mg**  
Ges subkutant

\_\_\_\_\_