

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata:

CHOP-21 + Rituximab

(Lymfom)

Inf Rituximab (Kur 1))	375 mg/m ² (avrunda till närmsta 100-tal uppåt)	Dag 1
Inj Rituximab sc (From Kur 2)	1400 mg standarddos	Dag 1
Inf Vincristin	1.4 mg/m ² (max 2 mg)	Dag 1
Inf Cyklofosfamid	750 mg/m ²	Dag 1
Inf Doxorubicin	50 mg/m ²	Dag 1
T Deltison	50 mg/m ²	Dag 1-5
Inj G-CSF	300 µg/30 ME < 70 kg 480 µg/48 ME > 70 kg	Dag 4 tom 11 (= 8 dagar)
alt inj Neulasta	6 mg	Dag 4

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.
Cykelintervall: 21 dagar.
Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

Riklinjer hur man ger rituximab

Första infusion:

Starta med 50 mg/h. Därefter ökning med 50 mg/h var 30:onde minut till max 400 mg/h.

Tavegyl ges profylaktiskt alltid vid första infusionen.

BT/puls vid start och därefter vid symtom.

Om läkemedelsreaktion - stoppa droppet tills reaktionen klingat av. Vid återupptagning av behandling välj den dropphastighet som pågick vid start av reaktion.

Följande infusioner (om första behandlingen var utan allvarliga infusionsreaktioner):

1400 mg sc inj (fast dos) som ges under 5 min.

Tavegyl ges inte som rutin.

DAG 1 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv _____

T Deltison _____ mg po _____

Kur 1:

T/Inj Betapred 8 mg po/iv _____

T/Inj Tavegyl 2 mg po/iv } po ges 60 min /iv ges 30 min innan start av rituximab _____

Inf Rituximab _____ mg iv i 500 ml NaCl. _____

Start _____

Stopp _____

Kur 2 och följande kurer:

T/Inj Betapred 8 mg po/iv _____

Inj Rituximab **1400 mg sc** Inj 5 min _____

Inf Vincristin _____ mg iv i 100 ml NaCl, inf.tid 5 min _____

Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 100 ml NaCl. Inf tid 10-15 min _____

Inf Doxorubicin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

BT / puls vid Rituximabinfusion KUR 1

Kl	mg/h	ml/h	Blodtryck	Puls	Obs	Sign

DAG 2-5

Ssk.sign Läk.sign

Datum: _____	T Deltison _____	mg po	Givet	_____	} _____
Datum: _____	T Deltison _____	mg po	Givet	_____	
Datum: _____	T Deltison _____	mg po	Givet	_____	
Datum: _____	T Deltison _____	mg po	Givet	_____	

DAG 4 -11

Kryssa i valt alternativ

Ssk.sign Läk.sign

Start av Inj G-CSF sc	300µg/30 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
	480µg/48 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan)			

ALTERNATIVT:

DAG 4

Ssk.sign Läk.sign

Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, <input type="checkbox"/>	_____	_____
---	-------	-------

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____