

Sid 1/2 Bendamustin (Ribovact)/Rituximab

Datum: _____

Patientdata:

Kur: _____

Yta: _____

Bendamustin (Ribovact)/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 Bendamustin	90 mg/m ² (för patient med tidigare benmärgsskadande behandling tex högdos, fludarabin skall dosen reduceras till 70 mg/m ²)	Dag 1 och 2
T. Allopurinol	300 mg x 1 standarddos	Högst 5 dagar efter 1:sta behandling

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.**Cykelintervall:** 28 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 1.**Riktlinjer 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 behandlingar (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****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 Bendamustin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf. tid 30 min

Start

Stopp

DAG 2 beställs till kl _____ avvakta ja nej**Ssk.sign Läk.sign**

T/Inj Betapred 8 mg po/iv

Inf Bendamustin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf. tid 30 min

Start

Stopp

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

Datum _____

BT / puls vid Rituximabinfusion KUR 1

<u>Kl</u>	<u>mg/h</u>	<u>ml/h</u>	<u>Blodtryck</u>	<u>Puls</u>	<u>Obs</u>	<u>Sign</u>

Endast efter KUR 1

Ssk.sign

Läk.sign

(Högst 5 dagar efter 1:sta behandling rekommenderas)

T. Allopurinol 300 mg Datum _____

T. Allopurinol 300 mg Datum _____

T. Allopurinol 300 mg Datum _____

T. Allopurinol 300 mg Datum _____

T. Allopurinol 300 mg Datum _____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____