

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

Patientdata

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

Yta: \_\_\_\_\_

## Hyper CVAD del II: Mtx/HIDAC + Rituximab

### (kur 2, 4, 6 och 8)

(Lymfom)

Inf Rituximab (Kur 1))	375 mg/ m <sup>2</sup> (avrunda till närmsta 100-tal uppåt)	Dag 1
Inj Rituximab sc (From Kur 2)	1400 mg standarddos	Dag 1
Inf Methotrexat	200 mg/m <sup>2</sup> 2 tim	Dag 1
Inf Methotrexat	800 mg/m <sup>2</sup> 24 tim, totaldos/dag	Dag 1
Inj Methotrexat	12,5 mg it	Dag 1
T Kalciumfolinat	15 mg x 8 var sjätte tim	Start 24 tim efter avslutad Mtx inf
Inf Cytarabin	6000 mg/m <sup>2</sup> totaldos/dag	Dag 2-3
Inj Solu-Medrol	40 mg 2 ggr/dag	Dag 1-3
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 24 tim efter avslutat cyto

**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr.**Under kur:****Mtx** koncentration tim (efter Mtx start) 26, 50, 62, 74.**Kalciumfolinat** 15 mg po/iv ges var sjätte timme tills Mtx konc <0.2 µmol/L och därefter ytterligare 4 ggr.**Tabl** Natriumbikarbonat 1 g x 4 i tre dagar.**U- pH** vid varje miktionsstillfälle Om U-pH <7 ge Inf Natriumbikarbonat 100 ml iv. Anv separat lista.**Cykelintervall:** 14 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.

Datum \_\_\_\_\_

BT / puls vid Rituximabinfusion KUR 1

Kl	mg/h	ml/h	Blodtryck	Puls	Obs	Sign

Godkänt av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

DAG 1	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____	kl _____ vikt _____	
T. Natriumbikarbonat 1 g x 4 po	kl _____ kl _____ kl _____	kl _____	
	sign _____ sign _____ sign _____	sign _____	
T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
Inj Solu-Medrol 40 mg iv		_____	_____
<b>Kur 1:</b>			
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	_____	
<b>Kur 2 och följande kurer:</b>			
Inj Rituximab <b>1400 mg sc</b> Inj 5 min		_____	_____
<b>Tim 0</b>			
Inf Methotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
OBS! Tim 26 tas Mtx koncentrationen.		Start	_____
		Stopp	_____
Inj Methotrexat 12.5 mg intratekalt kl _____		_____	_____
Totaldos Inf Methotrexat _____ mg iv i 2x1000 ml NaCl, infusionstid 2x12 tim		_____	_____
<b>OBS: Viktigt att MTX infunderas på 24 tim</b>			
Påse nr <b>1</b> (hälften av totaldos)			
Inf Methotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 12 tim		Start	_____
		Stopp	_____
Inj Solu-Medrol 40 mg Ges innan påse nr 2 Methotrexat! kl _____		_____	_____
Påse nr <b>2</b> (hälften av totaldos)			
Inf Methotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 12 tim		Start	_____
		Stopp	_____
<b>Kalciumfolinat</b> startas 24 tim efter <b>avslutad</b> Mtx infusion <b>dvs Dag 3</b>			
Skriv in på Dag 3 vilken tid Kalciumfolinatschemat startar!			

**OBS! Starta dag 2 direkt efter avslutad Methotrexatinfusion!**

Mtx konc	Datum/Sign
Tim 26= _____ μmol/L kl _____	_____
Tim 50= _____ μmol/L kl _____	_____
Tim 62= _____ μmol/L kl _____	_____
Tim 74= _____ μmol/L kl _____	_____

Godkänt av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

DAG 2 beställs till kl \_\_\_\_\_ Ssk.sign Läk.sign

**Starta dag 2 direkt efter avslutad Methotrexatinfusion!**

T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv \_\_\_\_\_

Inj Solu-Medrol 40 mg iv kl \_\_\_\_\_

T. Natriumbikarbonat 1 g x 4 po kl \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_  
sign \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_

Totaldos Cytarabin \_\_\_\_\_ mg iv i 2x500 ml NaCl, infusionstid 2x2 tim \_\_\_\_\_

Påse 1 (hälften av totaldos)

Inf Cytarabin \_\_\_\_\_ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim \_\_\_\_\_

Start \_\_\_\_\_

Stopp \_\_\_\_\_

Inj Solu-Medrol 40 mg iv Ges 12 tim efter förra Solu-Medrolinj. \_\_\_\_\_

Påse 2 (hälften av totaldos) Ges 12 tim efter Cytarabinstart!

Inf Cytarabin \_\_\_\_\_ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim \_\_\_\_\_

Start \_\_\_\_\_

Stopp \_\_\_\_\_

DAG 3 beställs till kl \_\_\_\_\_ Ssk.sign Läk.sign

T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv \_\_\_\_\_

Inj Solu-Medrol 40 mg iv kl \_\_\_\_\_

T. Natriumbikarbonat 1 g x 4 kl \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_  
sign \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_

24 tim efter avslutad Mtx inf. Dvs kl \_\_\_\_\_ ges första Kalciumfolinatdosen, sedan var sjätte timme tills Mtx konc &lt;0,2 µmol/L och därefter ytterligare 4 doser

Datum: \_\_\_\_\_ Inj Kalciumfolinat 15 mg iv kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Inj Kalciumfolinat 15 mg iv kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ T Kalciumfolinat 15 mg po kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ T Kalciumfolinat 15 mg po kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ T Kalciumfolinat 15 mg po kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ T Kalciumfolinat 15 mg po kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ T Kalciumfolinat 15 mg po kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ T Kalciumfolinat 15 mg po kl \_\_\_\_\_

Givet \_\_\_\_\_

Totaldos Cytarabin \_\_\_\_\_ mg iv i 2x500 ml NaCl, infusionstid 2x2 tim \_\_\_\_\_

Påse 1 (hälften av totaldos) 24 timmar efter Cytarabinstart dag 2!

Inf Cytarabin \_\_\_\_\_ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim \_\_\_\_\_

Start \_\_\_\_\_

Stopp \_\_\_\_\_

Inj Solu-Medrol 40 mg iv Ges 12 tim efter förra Solu-Medrolinj. \_\_\_\_\_

Påse 2 (hälften av totaldos) Ges 12 tim efter Cytarabinstart!

Inf Cytarabin \_\_\_\_\_ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim \_\_\_\_\_

Start \_\_\_\_\_

Stopp \_\_\_\_\_

Godkänt av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

<b>DAG 4-11</b>	<b>Kryssa i valt alternativ</b>	<b>Ssk.sign</b>	<b>Läk.sign</b>
<b>Start av Inj G-CSF</b> sc	300 µg/30 ME 480 µg/48 ME	_____	_____
Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutat cyto.			

**ALTERNATIVT:**

<b>DAG 4</b>	<b>Ssk.sign</b>	<b>Läk.sign</b>
<b>Inj Neulasta 6 mg x 1 s c,</b> 24 tim efter avslutat cyto!	_____	_____

Godkänt av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_