

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Högdos Cytarabin + Rituximab**(Nordiskt protokoll för mantelcellslymfom) kur 2, 4, 6 (8)**

Inf Cytarabin ≤60 år	6000 mg/m ² totaldos/dygn	Dag 1 och 2
>60 år	4000 mg/m ² totaldos/dygn	Dag 1 och 2
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
Inj G-CSF	300 µg/30 ME < 70 kg 480 µg/48 ME > 70 kg	Dag 4-11 (= 8 dagar)
Alt. Neulasta	6 mg	

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.**Mellanprover:** Blodstatus, Neutr 2 ggr/vecka.**Cykelintervall:** 21 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

T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv _____

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 _____

Totaldos Cytarabin _____ mg iv i 2 x 500 ml NaCl 2 x 2 tim _____

Påse **1** (hälften av totaldos)

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

Start
Stopp

T/Inj Betapred 8 mg po/iv kl _____ Ges 12 tim efter förra Betapreddosen. _____

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

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

Start
Stopp

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

Datum _____

BT / puls vid Rituximabinfusion KUR 1

Kl	mg/h	ml/h	Blodtryck	Puls	Obs	Sign

DAG 2

beställs till kl _____

Ssk.sign **Läk.sign****T/Inj Ondansetron** 8 mg po/iv**T/Inj Betapred** 8 mg po/iv

Totaldos Cytarabin _____ mg iv i 2 x 500 ml NaCl 2 x 2 tim

Påse **1** (hälften av totaldos) 24 timmar efter Cytarabinstart dag 1!**Inf Cytarabin** _____ mg iv i 500 ml NaCl Inf.tid 2 timStart
Stopp**T/Inj Betapred** 8 mg po/iv kl _____ Ges 12 tim efter förra Betapreddosen.Påse **2** (hälften av totaldos) Ges 12 tim efter Cytarabinstart!**Inf Cytarabin** _____ mg iv i 500 ml NaCl Inf.tid 2 timStart
Stopp**DAG 3****Kryssa i valt alternativ****Ssk.sign** **Läk.sign****Inj Neulasta** 6 mg x 1 s c, 24 tim efter avslutat cyto!**ALTERNATIVT:****DAG 4 -11****Ssk.sign** **Läk.sign****Start av Inj G-CSF** sc 300 µg/30 ME 480 µg/48 ME

Som skall ges 1 gång/dag i 8 dagar (se ovan).

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____