

Datum: \_\_\_\_\_  
Kur: \_\_\_\_\_  
Yta: \_\_\_\_\_

Patientdata

## IKE + Rituximab

(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
Inj Etoposid fosfat	100 mg/m <sup>2</sup> *	Dag 1-3
Inf Ifosfamid	5000 mg/m <sup>2</sup>	Dag 2
Inf Uromitexan	1250 mg/m <sup>2</sup> + 2500 mg/m <sup>2</sup> +1250 mg/m <sup>2</sup> + 2400 mg po x 2 (totaldos)	
Inf Carboplatin	5 AUC (maxdos 800 mg)	Dag 2
* Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75%		
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 första kuren:** P Cystatin C, Krea.  
**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr, Krea.  
**Cykelintervall:** 21 dagar.  
**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 3.

### 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		_____	_____
<b>Kur 1:</b>			
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	_____	_____
<b>Kur 2 och följande kurer:</b>			
T/Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
Inj Rituximab <b>1400 mg sc</b> Inj 5 min		_____	_____
Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min		_____	_____

BT / puls vid Rituximabinfusion KUR 1

Kl	mg/h	ml/h	Blodtryck	Puls	Obs	Sign

Godkänd av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

HH/MAE 140922

DAG 2	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
Inf Carboplatin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min		_____	_____
Inj Uromitexan (1250 mg/m <sup>2</sup> ) _____ mg iv bolus 2-5 min		_____	_____
Inf Ifosfamid _____ mg + Inf Uromitexan (2500 mg/m <sup>2</sup> ) _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
Fortsätt dag 3 direkt			

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
<b>Ges direkt efter avslutad inf Ifosfamid/Uromitexan!</b>			
Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min		_____	_____
Inf Uromitexan (1250 mg/m <sup>2</sup> ) _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 12 tim		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
2 tim efter avslutad inf Uromitexan kl _____			
T Uromitexan 2400 mg (=6 tabl á 400 mg) po		_____	_____
6 tim efter avslutad inf Uromitexan kl _____			
T Uromitexan 2400 mg (=6 tabl á 400 mg) po		_____	_____

Peroral profylax	Ssk.sign	Läk.sign
<b>Antiemetikaschema nr 3.</b>	_____	_____

DAG 4 -11	Kryssa i valt alternativ	Ssk.sign	Läk.sign
Start av Inj G-CSF 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:

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

Godkänd av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_