**Datum:** _____

**Läkare:** _____

**Kur nr:** _____

**Längd (cm):** _____ **Vikt (kg):** _____

**Yta ($m^2$):** _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lungcancer

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ
RegimID: NRB-2055

# **COAV** (Cyklofosfamid-Doxorubicin-Etoposid-Vinkristin)

Indikation: Småcellig lungcancer C34

Kurintervall: 21 dagar

## Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | Ny kur dag 22 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 800 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etoposid Intravenös infusion 80 mg/$m^2$ | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration**

Doxorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >2,0.

**Dosjustering rekommendation**

*Hematologisk toxicitet*

NADIR-värde för leukocyter < 2,0 och/eller neutrofila < 1,0 - ge nästa kur med 80 % av doserna.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter < 2,0 och/eller neutrofila < 1,0 - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

*Albumin*

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75 % pga högre biotillgänglighet.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter–Antiemetikaregim-1-dag-

| **DAG 1** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Doxorubicin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **5.** **Vinkristin _____ mg**<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| **6.** **Etoposid _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |

| **DAG 2** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Etoposid _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |

| **DAG 3** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Etoposid _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |