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 - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-4838

AVD (Dakarbazin-Doxorubicin-Vinblastin)

Indikation: Hodgkins lymfom C81

Kurintervall: 28 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**
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m^2	x1														x1						
Vinblastin Intravenös infusion 6 mg/m^2	x1														x1						
Dakarbazin Intravenös infusion 375 mg/m^2	x1														x1						
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg					x1	x1	x1	x1	x1										x1	x1	x1

Dag	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**Ny kur dag 29**
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m^2								
Vinblastin Intravenös infusion 6 mg/m^2								
Dakarbazin Intravenös infusion 375 mg/m^2								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg	x1	x1						

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Dakarbazin och Doxorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Dakarbazin är ljuskänsligt. Alla beredda lösningar skall därför vara skyddade för ljus också under administrering.

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin.

Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 2 respektive 16. Får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m2.

Vinblastin - maxdos per administrationstillfälle 12 mg.

Dosjustering rekommendation
Fulldos om neutrofila >0,2 och TPK >50.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Doxorubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Vinblastin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
5. **Dakarbazin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Filgrastim _____ ME** Ges subkutant			_____	_____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Filgrastim _____ ME** Ges subkutant			_____	_____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Filgrastim _____ ME** Ges subkutant			_____	_____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Filgrastim _____ ME** Ges subkutant			_____	_____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Filgrastim _____ ME** Ges subkutant			_____	_____

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Doxorubicin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Vinblastin _____ mg** 5 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 5 min.
5. **Dakarbazin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant