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-5804

BEACOPP 14

Indikation: Hodgkins lymfom C81
Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 650 mg/m^2	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m^2	x1														
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2	x1	x1	x1												
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Prednison Peroral tablett 80 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg				x1											
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2								x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m^2								x1							

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin - starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Kontroll av B-glukos.

Prokarbazin - Patienten bör varnas för samtidigt alkoholintag, Prokarbazin har antabus-effekt. Mat med högt innehåll av tyramin bör undvikas, se exempel under biverkningar Prokarbazin- övrigt. Intag på kvällen kan minska illamåendet.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: LPK $\geq$ 2,5, neutrofila $\geq$ 1,5 och TPK $\geq$ 80 (med stigande trend efter nadir). Vid fördröjning kontrolleras blodstatus med neutrofila dag 3, 7, 10 och 14.

Inför dag 8: Blodstatus inklusive neutrofila.

Peg-filgrastim ges dag 4 eller G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges dag 4-11. Förkorta G-CSF vid signifikant "over-shoot". Peg-filgrastim (G-CSF) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Prednison-dosen avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Vätska - minst 2,5 liter/dygn som dryck eller infusion under behandlingsdygnen.

Etoposid dag 2 och 3 kan också ges peroralt. Dosen är då 200 mg/m2 per dag (biotillgänglighet cirka 50 %).

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m2.

Dosjustering rekommendation

Etoposid - Vid P/S-albumin $<$ 30 g/L reduceras dosen till 75 % pga högre biotillgänglighet. Vid GFR $<$ 30 ml/min reduceras dosen till 75%.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Prokarbazin _____ mg Ges peroralt			_____	_____
3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
2. **Prokarbazin** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____ .....
4. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____ _____ .....
5. **Etoposid** _____ **mg** 60 min. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 60 min.

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
2. **Prokarbazin** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____ .....
4. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____ _____ .....
5. **Etoposid** _____ **mg** 60 min. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 60 min.

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
2. **Prokarbazin** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
3. **Pegfilgrastim** _____ **mg**
   Ges subkutant _____ _____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
2. **Prokarbazin** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Prokarbazin** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Prokarbazin** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 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. **Vinkristin** _____ **mg** 5 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 5 min.
4. **Bleomycin** _____ **IE** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.