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-1074

CEOP 21 (Cyklofosfamid-Etoposid-Vinkristin)

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom C81-C86
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 750 mg/m^2	x1																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m^2	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m^2		x1	x1																			
Prednison Peroral tablett 50 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1																	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila.

Etoposid peroralt - har en dosberoende biotillgängligheten. En peroral dos på 100 mg är jämförbar med en intravenös dos på 75 mg; 400 mg po med 200 mg iv. Variabilitet hos en och samma patient (d.v.s. mellan kurer) är större vid peroral administrering än efter intravenös administrering, se FASS.

Etoposid kapslar finns i styrkan 50 mg.

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

Dosjustering rekommendation

Hypoalbuminemi

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

Hematologi

Neutrofiler $\geq$ 0,5 och TPK $\geq$ 75 - ge fulldos.

Neutrofiler $\geq$ 0,2 men $<$ 0,5 och TPK 50 till $<$ 75 - ge 75 % av Cyklofosfamid och Etoposid.

Neutrofiler $<$ 0,2 och TPK $<$ 50 - skjut upp behandlingen i 3-7 dagar.

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. **Prednison** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. **Vinkristin** _____ **mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____
6. **Etoposid** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. **Prednison** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
3. **Etoposid** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. **Prednison** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
3. **Etoposid** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Prednison** _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____