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-388

Hyper-CVAD kur 1,3,5,7

Indikation: Aggressivt B-cellslymfom
Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m^2	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 300 mg/m^2	x2	x2	x2												
Mesna Intravenös injektion 60 mg/m^2	x2	x2	x2												
Mesna Peroral tablett 120 mg/m^2	x4	x4	x4												
Betametason Peroral tablett 20 mg/m^2	x1	x1	x1	x1							x1	x1	x1	x1	
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m^2				x1											
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1														
Vinkristin Intravenös infusion 2 mg				x1							x1				
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1			

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

B-glukos. Blodstatus, neutrofila, CRP. Viktkontroll.

Anvisningar för ordination

Vinkristin 2 mg fast dos.

Premedicinering för Rituximab med paracetamol 1000 mg peroralt, klemastin 2 mg intravenöst eller cetirizin 10 mg peroralt.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges på 30 minuter. Subkutant Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

Mesna dos 1 ges i samband med infusionen av Cyklofosfamid. Efterföljande doser ges peroralt timme 2 och 6 i dubbel dos. Om det ges intravenöst minskas dosen till hälften och ges timme 4 och 8. Start av Cyklofosfamid infusion var 12:e timme.

Om peg-filgrastim ges denna dag 5, 24 timmar efter avslutad cytostatika.

DAG 1 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. **Betametason _____ mg** Ges peroralt			_____	_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. **Metotrexat _____ mg** Ges intratekalt			_____	_____
5. **Rituximab _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)*	3 min.		_____	_____
7. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
9. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
10. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
11. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)*	3 min.		_____	_____
12. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cyklofosfamid.)*	30 min.	_____	_____	_____
13. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____

Fortsätter på nästa sida

DAG 1 Forts.	Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
14.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*		_____	_____

DAG 2 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. **Betametason _____ mg** Ges peroralt			_____	_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)*	3 min.		_____	_____
5. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Ges 12 timmar efter föregående dagsinfusion)*	30 min.	_____	_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
9. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)*	3 min.		_____	_____
10. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cyklofosfamid.)*	30 min.	_____	_____	_____
11. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
12. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____

DAG 3 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. **Betametason _____ mg** Ges peroralt			_____	_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)*	3 min.		_____	_____
5. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Ges 12 timmar efter föregående dagsinfusion)*	30 min.	_____	_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
9. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)*	3 min.		_____	_____
10. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cyklofosfamid.)*	30 min.	_____	_____	_____
11. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____
12. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*			_____	_____

DAG 4 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. **Betametason _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Vinkristin _____ mg** 5 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 5 min.
5. **Doxorubicin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 11 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. **Betametason _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Vinkristin _____ mg** 5 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 5 min.
5. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Betametason _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt