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-1136

VACOP-B

Indikation: Non-Hodgkins lymfom inkl follikulärt lymfom C85.9
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 50 mg/m^2	x1														x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 350 mg/m^2	x1																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,2 mg/m^2								x1													
Bleomycin Intravenös infusion 10000 IE/m^2								x1													
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m^2															x1						
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m^2																x1	x1				
Prednison Peroral tablett 45 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1														
Prednison Peroral tablett 45 mg/m^2								x1		x1		x1		x1		x1		x1		x1	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m^2								
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 350 mg/m^2								
Vinkristin Intravenös infusion 1,2 mg/m^2	x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10000 IE/m^2	x1							
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m^2								
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m^2								
Prednison Peroral tablett 45 mg/m^2								
Prednison Peroral tablett 45 mg/m^2	x1		x1		x1		x1	

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin.

Vid stor tumörbörda ev. hydrering och alkalinisering av urinen: 2 L/m2 med Natriumklorid 9 mg/ml med tillsats av 50 mmol Natriumbikarbonat.

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.

Dosen för *Prednison* avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Dosjustering rekommendation

Neutrofila $< 0{,}5$ och TPK < 50 - behandling med Doxorubicin, Cyklofosfamid och Etoposid skjuts upp.

Om cytopenin beror på lymfominfiltration i benmärgen ges 100 % dos.

Bleomycin - dosreducera vid nedsatt njurfunktion: 50 % av dosen om s-kreatinin > 200 mikromol/L.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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

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

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

1. **Prednison** _____ **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

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

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

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

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

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison _____ mg**
   Ges peroralt _____ _____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____ .....
3. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____ _____ .....
4. **Vinkristin _____ mg** 30 min.
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min. _____ _____
5. **Bleomycin _____ IE** 30 min.
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min. _____ _____

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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

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

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

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

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. **Etoposid _____ mg** 30 min.
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min. _____ _____

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Etoposid** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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

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

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Vinkristin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
5. **Bleomycin** _____ **IE** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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