

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut lymfatisk leukemi
(ALL)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-9631

NOPHO ALL-2008 HR, 18-45 år, Induktion

(Dexametason- Doxorubicin-Vinkristin-PEG-asparginas,
6-mercaptopurin, Metotrexat)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m ²	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ²	x1																				
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1							x1							x1						
Vinkristin Intravenös infusion 2,0 mg/m ²	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 1,67 mg/m ²																					
Dexametason Peroral tablett 0,8 mg/m ²																					
Dexametason Peroral tablett 0,4 mg/m ²																					
Merkaptopurinmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ²																					
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ²																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m ²														
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ²	x1													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg								x1						
Vinkristin Intravenös infusion 2,0 mg/m ²	x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 1,67 mg/m ²	x3	x3	x3											
Dexametason Peroral tablett 0,8 mg/m ²				x3	x3	x3								
Dexametason Peroral tablett 0,4 mg/m ²							x3	x3	x3					
Merkaptopurinmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ²									x1	x1	x1	x1	x1	x1
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ²									x1					

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Förutom rutinprover följs B-Glukos och vikt under hela induktionsbehandling.

PEG-asparaginase - Kontroll av leverprover och bukstatus.

Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion inkluderande anafylaxi. Puls och blodtryck före start.

Trombocyt infusion bör ges före intramuskulär inj av PEG-asparaginase om TPK < 30. Övervaka patienten minst 2 timmar efter given injektion.

Metotrexat - Trombocyt infusion bör ges före intratekal inj av Metotrexat om TPK är < 50x 10⁹/l.

Merkaptopurinmonohydrat - Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

PEG-asparaginase - ges dag 30 för patienter som skall fortsätta enligt SR/IR behandlingsarm eller som har oklart remissionsstatus.

För HR-patienter ges PEG-asparaginase ej dag 29 utan som del i A-blocket.

Merkaptopurin - Startas dag 30 om ingen allvarlig infektion.

Perifera blodvärden med neutrofila $\geq 0,5 \times 10^9/l$ och/eller LPK $\geq 1,5 \times 10^9/l$. och/eller TPK $\geq 50 \times 10^9/l$ med stigande trend krävs vid start.

Dosjustering rekommendation

Vinkristin - Överväg att skjuta upp eller dosreducera om svår neurotoxicitet.

Doxorubicin - Dag 1 ges oavsett blodvärden.

Vid svår infektion dag 22 skjut upp om neutrofila $<0,2 \times 10^9/l$ och om samtidigt benmärg dag 15 visat $<5\%$ blaster.

Mercaptopurin - Dosreduceras om TPMT-brist. Rekommenderad dos vid homozygot brist $5 \text{ mg}/\text{m}^2$.

Observera att behandlingen fortsätter utan avbrott för patienter som går enligt SR/IR protokoll, se även schema från dag 36 och framåt.

Metotrexat, intratekal behandling - Dosering Metotrexat 12 mg gäller patienter utan CNS engagemang.

För patienter med CNS 2 eller 3, samt för patienter med traumatisk lumbalpunktion med verifierade blaster (TLP+), se protokoll gällande definitioner, ges trippelbehandling intratekalt och utvärdering samt riskgruppering.

Se protokoll för detaljer och riskklassificering.

Antiemetika

Steg 4

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)	Morgondos				
2. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Middagsdos				
3. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos				
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					
5. Metotrexat _____ mg Ges intratekalt					
6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet					
7. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim.	4 tim.				
8. Vinkristin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	5 min.				

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Dexametason _____ mg				Middagsdos		_____	_____
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Dexametason _____ mg				Middagsdos		_____	_____
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							

DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg				Morgondos		_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Dexametason _____ mg				Middagsdos		_____	_____
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg				Kvällsdos		_____	_____
Ges peroralt							
4. Tablett/Injektion Antiemetika						_____	

5. Metotrexat _____ mg						_____	_____
Ges intratekalt							
6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml						_____	
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>							
7. Vinkristin _____ mg				5 min.		_____	_____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 5 min.							

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

7. **Vinkristin** _____ **mg**

5 min.

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 5 min.

DAG 16	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg	Morgondos						
Ges peroralt							
(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
2. Dexametason _____ mg	Middagsdos						
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg	Kvällsdos						
Ges peroralt							

DAG 17	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg	Morgondos						
Ges peroralt							
(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
2. Dexametason _____ mg	Middagsdos						
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg	Kvällsdos						
Ges peroralt							

DAG 18	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg	Morgondos						
Ges peroralt							
(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
2. Dexametason _____ mg	Middagsdos						
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg	Kvällsdos						
Ges peroralt							

DAG 19	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg	Morgondos						
Ges peroralt							
(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
2. Dexametason _____ mg	Middagsdos						
Ges peroralt							
3. Dexametason _____ mg	Kvällsdos						
Ges peroralt							

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

4. Tablett/Injektion Antiemetika

5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

6. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 4 tim.

4 tim.

7. **Vinkristin** _____ **mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 5 min.

5 min.

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 29 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

4. Tablett/Injektion Antiemetika

.....

5. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....

7. **Vinkristin** _____ **mg**

5 min.

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 5 min.

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)

2. **Dexametason** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Dexametason** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

4. **Merkaptopurinmonohydrat** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)

5. **Pegaspargas** _____ **IE**

Ges intramuskulärt

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Merkaptopurinmonohydrat** _____ **mg** Kvällsdos

Ges peroralt

(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Merkaptopurinmonohydrat** _____ **mg** Kvällsdos

Ges peroralt

(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)

DAG 33 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Merkaptopurinmonohydrat** _____ **mg** Kvällsdos

Ges peroralt

(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)

DAG 34 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Merkaptopurinmonohydrat** _____ **mg** Kvällsdos

Ges peroralt

(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)

DAG 35 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Merkaptopurinmonohydrat** _____ **mg** Kvällsdos

Ges peroralt

(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)