

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-9632

NOPHO ALL-2008 SR och IR, 18-45 år, Induktion

(Prednisolon- 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
Prednisolon Peroral tablett 20 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						
Prednisolon Peroral tablett 10 mg/m ²																					
Prednisolon Peroral tablett 5 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
Prednisolon Peroral tablett 20 mg/m ²	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3						
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ²	x1													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg								x1						
Vinkristin Intravenös infusion 2,0 mg/m ²	x1							x1						
Prednisolon Peroral tablett 10 mg/m ²									x3	x3	x3			
Prednisolon Peroral tablett 5 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

Prednisolon - Dosreduceras var 3e dag efter dag 29 (med 50% dos i 3 dagar- 25% dos i 3 dagar -12,5% i 3 dagar.).

OBS! De tre sista dagarna i nedtrappningen infaller under nästa del av protokollet.

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 mg/m².

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. Prednisolon _____ mg Ges peroralt (Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)	Morgondos				
2. Prednisolon _____ mg Ges peroralt	Middagsdos				
3. Prednisolon _____ 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. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 13	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednisolon _____ mg	Morgondos					_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Prednisolon _____ mg	Middagsdos					_____	_____
Ges peroralt							
3. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos					_____	_____
Ges peroralt							

DAG 14	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednisolon _____ mg	Morgondos					_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Prednisolon _____ mg	Middagsdos					_____	_____
Ges peroralt							
3. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos					_____	_____
Ges peroralt							

DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednisolon _____ mg	Morgondos					_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Prednisolon _____ mg	Middagsdos					_____	_____
Ges peroralt							
3. Prednisolon _____ 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 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **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. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos

Ges peroralt

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

2. **Prednisolon** _____ **mg**

Middagsdos

Ges peroralt

3. **Prednisolon** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

DAG 27	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednisolon _____ mg	Morgondos					_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Prednisolon _____ mg	Middagsdos					_____	_____
Ges peroralt							
3. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos					_____	_____
Ges peroralt							

DAG 28	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednisolon _____ mg	Morgondos					_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Prednisolon _____ mg	Middagsdos					_____	_____
Ges peroralt							
3. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos					_____	_____
Ges peroralt							

DAG 29	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Prednisolon _____ mg	Morgondos					_____	_____
Ges peroralt							
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i>							
2. Prednisolon _____ mg	Middagsdos					_____	_____
Ges peroralt							
3. Prednisolon _____ 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 30	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)							
2. Prednisolon _____ mg	Morgondos	_____	_____				
Ges peroralt (Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
3. Prednisolon _____ mg	Middagsdos	_____	_____				
Ges peroralt							
4. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos	_____	_____				
Ges peroralt							
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)							
2. Prednisolon _____ mg	Morgondos	_____	_____				
Ges peroralt (Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
3. Prednisolon _____ mg	Middagsdos	_____	_____				
Ges peroralt							
4. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos	_____	_____				
Ges peroralt							

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)							
2. Prednisolon _____ mg	Morgondos	_____	_____				
Ges peroralt (Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)							
3. Prednisolon _____ mg	Middagsdos	_____	_____				
Ges peroralt							
4. Prednisolon _____ mg	Kvällsdos	_____	_____				
Ges peroralt							

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)

2. **Prednisolon** _____ mg Morgondos

Ges peroralt

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

3. **Prednisolon** _____ mg Middagsdos

Ges peroralt

4. **Prednisolon** _____ mg Kvällsdos

Ges peroralt

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)

2. **Prednisolon** _____ mg Morgondos

Ges peroralt

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

3. **Prednisolon** _____ mg Middagsdos

Ges peroralt

4. **Prednisolon** _____ mg Kvällsdos

Ges peroralt

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)

2. **Prednisolon** _____ mg Morgondos

Ges peroralt

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

3. **Prednisolon** _____ mg Middagsdos

Ges peroralt

4. **Prednisolon** _____ mg Kvällsdos

Ges peroralt