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 - Akut lymfatisk leukemi (ALL)

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 (kroppsyta)	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 (kroppsyta)	x1																				
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1							x1							x1						
Vinkristin Intravenös infusion 2,0 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 1,67 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Dexametason Peroral tablett 0,8 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Dexametason Peroral tablett 0,4 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Merkaptopurinmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m^2 (kroppsyta)																					

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

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Förutom rutinprover följs B-Glukos och vikt under hela induktionsbehandling.

PEG-asparginase - 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-asparginase 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

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

Anvisningar för ordination
PEG-asparginase - 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$0,5x 109/l och/eller LPK $\geq$1,5x 109/l. och/eller TPK $\geq$ 50x 109/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 <0,2x 109/l och om samtidigt benmärg dag 15 visat <5% blaster.

Mercaptopurin - Dosreduceras om TPMT-brist. Rekommenderad dos vid homozygot brist 5 mg/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 lumpalpunktion med verifierade blaster (TLP+), se protokoll gällande definitioner, ges trippelbehandling intratekalt och utvärdering samt riskgruppering.

Se protokoll för detaljer och riskklassificering.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1+22:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/

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** 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		_____	_____

DAG 7

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		_____	_____

DAG 8

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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
7. Vinkristin _____ **mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	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** 4 tim. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 4 tim.
7. **Vinkristin** _____ **mg** 5 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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)