

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Hjärntumörer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Kurativ, Palliativ

RegimID: NRB-2425

PCV (Lomustin-Prokarbazin-Vinkristin)

Kurintervall: 42 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 | |
|--|----|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Lomustin Peroral kapsel 110 mg/m ² | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prokarbazin Peroral kapsel 60 mg/m ² | | | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | Ny kur dag 43 | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|--|
| Lomustin Peroral kapsel 110 mg/m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prokarbazin Peroral kapsel 60 mg/m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | | |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Lomustin - Kapslarna tas företrädesvis vid sänggåendet eller tre timmar efter måltid. Vid kräkning efter intag av Lomustin kapslar får inga nya kapslar tas.

Prokarbazin - Patienten bör varnas för samtidigt alkoholintag, Prokarbazin har antabus-effekt. Mat med högt innehåll av tyramin bör undvikas, se exempel under biverkningar Prokarbazin- övrigt. Intag på kvällen kan minska illamåendet.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Elektrolyt- och leverstatus.

Blodstatus inkl. neutrofila dag 29.

Observera att benmärgstoxiciteten ofta är sent uppträdande (4-6 veckor).

Lomustin - Maxdos per administreringstillfälle är 130 mg/m². Max kumulativ dos 1000 mg/m² - observera att eventuell tidigare behandling med Karmustin ska inräknas i den kumulativa dosen.

Dosjustering rekommendation

Behandlingen skjuts upp 1 vecka om LPK < 3,0 (alt. neutrofila < 1,5) eller TPK < 100.

Vid kvarstående peni förskjuts behandlingen ytterligare 1 vecka.

Då en kur blivit försenad med 2 veckor pga hematologisk toxicitet dosreduceras förslagsvis Lomustin och Prokarbazin med 25 %. Om leukopeni eller trombocytopeni kvarstår ges individuell behandling. Om en kur blivit uppskjuten mer än 4 veckor pga hematologisk toxicitet avbryts PCV-behandlingen.

Vinkristin reduceras eller uppskjutes ej pga leukopeni eller trombocytopeni.

Vinkristin stoppas vid neurotoxicitet grad II eller mer, men kan ev. återinsättas vid symptomregress, då i halverad dos.

Prokarbazin - vid allergisk hudreaktion avbryts behandlingen.

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____

2. **Lomustin** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 8 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. **Vinkristin** _____ **mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min.

5 min. _____

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt _____

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

1. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt _____

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

1. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt _____

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

1. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt _____

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

1. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prokarbazin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 29 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. **Vinkristin** _____ **mg**
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min.

5 min.