

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

RegimID: NRB-2425

PCV (Lomustin-Prokarbazin-Vinkristin)

Diagnoskod: C71

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 (kroppsyta)	x1																					
Prokarbazin Peroral kapsel 60 mg/m ² (kroppsyta)								x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)								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 (kroppsyta)																							
Prokarbazin Peroral kapsel 60 mg/m ² (kroppsyta)																							
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)								x1															

Medelemetogen.

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 illamäendet.

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.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin>, Dag 8-21+dag 29:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |