

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-4838

AVD (Dakarbazin-Doxorubicin-Vinblastin)

Diagnoskod: C81

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)	x1														x1						
Vinblastin Intravenös infusion 6 mg/m ² (kroppsyta)	x1														x1						
Dakarbazin Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)	x1														x1						
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)					x1	x1	x1	x1	x1										x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)								
Vinblastin Intravenös infusion 6 mg/m ² (kroppsyta)								
Dakarbazin Intravenös infusion 375 mg/m ² (kroppsyta)								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)	x1	x1						

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Dakarbazin och Doxorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.**Dakarbazin är ljuskänsligt. Alla beredda lösningar skall därför vara skyddade för ljus också under administrering.***Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin.

Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 2 respektive 16. Får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.*Doxorubicin* - max ackumulerad dos 550 mg/m².*Vinblastin* - maxdos per administrationstillfälle 12 mg.

Dosjustering rekommendation

Fulldos om neutrofila >0,2 och TPK >50.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1+15:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag>**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|--|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika
_____ | | | | | _____ | _____ |
| 3. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. Vinblastin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | | | 5 min. | | _____ | _____ |
| 5. Dakarbazin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | | 30 min. | | _____ | _____ |

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|--|--|--|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|--|--|--|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|--|--|--|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|--|--|--|--|--|-------|-------|

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|--|--|--|--|--|-------|-------|

DAG 15 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. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. Vinblastin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| 5. Dakarbazin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|