

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

BEACOPDAC eskalerad

RegimID: NRB-8357

Indikation: Hodgkins lymfom C81

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Doxorubicin Intravenös infusion 35 mg/m ²	x1																					
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1250 mg/m ²	x1																					
Mesna Intravenös injektion 250 mg/m ²	x1																					
Mesna Peroral tablett 500 mg/m ²	x2																					
Etoposid Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m ²		x1	x1																			
Prednison Peroral tablett 40 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg				x1																		
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ²								x1														
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m ²								x1														

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Doxorubicin* och *Dakarbazin*- starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Kontroll av B-glukos.

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. För behandlingsstart: LPK \geq 2,5, neutrofila \geq 1,5 och TPK \geq 80 (med stigande trend efter nadir). Vid fördröjning kontrolleras blodstatus med neutrofila dag 3, 7, 10 och 14.

Mellanprover 3 gånger i veckan (måndag, onsdag, fredag): Blodstatus inklusive neutrofila.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Cyklofosamid. Efterföljande doser ges peroralt timme 2 och 6 i dubbel dos. Om det ges intravenöst minskas dosen till hälften och ges timme 4 och 8.

Peg-filgrastim ges dag 4 eller G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges dag 4-11. Peg-filgrastim (G-CSF) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Prednison-dosen avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Vätska - minst 2,5 liter/dygn som dryck eller infusion under behandlingsdygnet.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m².

Dosjustering rekommendation*Albumin*

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75 % pga högre biotillgänglighet.

Toxiska händelser - gäller vid följande:

- leukopeni i mer än 4 dagar (LPK < 1)
- trombocytopeni i en eller flera dagar (TPK < 25)
- infektion CTCAE grad 4
- andra CTCAE grad 4, t.ex mukositt
- försenad behandlingsstart med mer än 2 veckor beroende på för låga blodvärden

Om en eller flera toxiska händelser i en kur, ska doserna i kommande kurer reduceras en dosnivå, se nedan. Efter en dosjustering i en kur kan dosnivån INTE ökas igen under någon av de följande kurer. Dосnivåer

Dосnivå 4, fulldos - Cyklofosamid 1250 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 200 mg/m²

Dосnivå 3 - Cyklofosamid 1100 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 175 mg/m²

Dосnivå 2 - Cyklofosamid 950 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 150 mg/m²

Dосnivå 1 - Cyklofosamid 800 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 125 mg/m²

Basnivå - Cyklofosamid 650 mg/m², Doxorubicin 25 mg/m², Etoposid 100 mg/m²

Icke-hematologiska biverkningar

Vid biverkningar med CTCAE grad 3-4, avbryts behandlingen och återupptas när CTCAE är 1 eller lägre.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____
3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
4. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
6. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
7. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges peroralt (Ges 2 timmar efter Cyklofosfamid-infusionens slut)			_____	_____
9. Mesna _____ mg Ges peroralt (Ges 6 timmar efter Cyklofosfamid-infusionens slut)			_____	_____

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
4. Dakarbazin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. Tablett/Injektion Antiemetika

.....

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....

4. **Dakarbazin** _____ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

5. **Etoposid** _____ **mg**

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

60 min.

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Pegfilgrastim** _____ **mg**

Ges subkutant

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 5 min.

5 min.

5. **Bleomycin** _____ **IE**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt