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 - Lymfom

RegimID: NRB-187

BEACOPP 14

Diagnoskod: C81

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 650 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1												
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Prednison Peroral tablett 80 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2 (kroppsyta)								x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m^2 (kroppsyta)								x1							
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)									x1	x1	x1	x1			

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kontroll av B-glukos.

Anvisningar för ordination

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 9 (minst 24 timmar efter avslutad bleomycininfusion) i 4 dygn eller tills LPK >10.

Dosen för prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Etoposid dag 2 och 3 kan också ges peroralt. Dosen är då 200 mg/m2 per dag (biotillgänglighet cirka 50 %).

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Prokarbazin _____ mg Ges peroralt			_____	_____
3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Prokarbazin _____ mg Ges peroralt			_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Prokarbazin** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
5. **Etoposid** _____ **mg** 1 tim. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Prokarbazin** _____ **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. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

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

4. **Bleomycin _____ IE** 30 min. _____ _____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant