

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: Kurativ, Remissionssyftande

RegimID: NRB-187

BEACOPP 14

Indikation: Hodgkins lymfom C81

Kurintervall: 14 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Cyklofosamidmonohydrat 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
5. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| 4. 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. 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 | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|