

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

## 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
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 650 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1												
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Prednison Peroral tablett 80 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m <sup>2</sup> (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 &gt;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/m<sup>2</sup> per dag (biotillgänglighet cirka 50 %).

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

- |   |         |       |       |
|---|---------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ mg<br>Ges peroralt  |         | _____ | _____ |
| 2. <b>Prokarbazin</b> _____ mg<br>Ges peroralt  |         | _____ | _____ |
| 3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>            |         | _____ | ..... |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         | _____ | ..... |
| 5. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 6. <b>Doxorubicin</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.             | 30 min. | _____ | _____ |
| 7. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.                | 1 tim.  | _____ | _____ |

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

- |  |        |       |       |
|--|--------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ mg<br>Ges peroralt   |        | _____ | _____ |
| 2. <b>Prokarbazin</b> _____ mg<br>Ges peroralt   |        | _____ | _____ |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |        | _____ | ..... |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |        | _____ | ..... |
| 5. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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**

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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Vinkristin</b> _____ <b>mg</b><br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 5 min. | 5 min.  |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Bleomycin</b> _____ <b>IE</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. |  | _____ | _____ |

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|