

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

BEACOPP 14

RegimID: NRB-1954

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	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m ²	x1														
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1	x1	x1												
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Prednison Peroral tablett 80 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ²								x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m ²								x1							
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg									x1	x1	x1	x1			

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av B-glukos.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin.

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 %).**Dosjustering rekommendation**

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

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

- | | | |
|--|--|--|
| <p>1. Prednison _____ mg
Ges peroralt</p> <p>2. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt</p> <p>3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> <p>6. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> <p>7. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|--|--|

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

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

_____</p> <p>5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|--|--|

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
<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 | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|