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-5805

BEACOPP eskalerad (dosintensiv)

Diagnoskod: 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
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1250 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Mesna Intravenös injektion 250 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Mesna Peroral tablett 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x2																					
Doxorubicin Intravenös infusion 35 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 200 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 40 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)				x1																		
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2 (kroppsyta)								x1														
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m^2 (kroppsyta)								x1														

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

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

Kontroll av B-glukos.

Prokarbazin - Patienten bör varnas för samtidigt alkoholintag, Prokarbazin har antabus-effekt. Mat med högt innehåll av tyramin bör undvikas, se exempel under biverkningar Prokarbazin- övrigt. Intag på kvällen kan minska illamåendet.

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 Cyklofosfamid. 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 behandlingsdygnen.

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 mukosit
- 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 kurerna. Dosnivåer

Dosnivå 4, fulldos - Cyklofosfamid 1250 mg/m2, Doxorubicin 35 mg/m2, Etoposid 200 mg/m2

Dosnivå 3 - Cyklofosfamid 1100 mg/m2, Doxorubicin 35 mg/m2, Etoposid 175 mg/m2

Dosnivå 2 - Cyklofosfamid 950 mg/m2, Doxorubicin 35 mg/m2, Etoposid 150 mg/m2

Dosnivå 1 - Cyklofosfamid 800 mg/m2, Doxorubicin 35 mg/m2, Etoposid 125 mg/m2

Basnivå - Cyklofosfamid 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.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin utan Betametason. Dag 8: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	**Prednison** _____ **mg** Morgondos 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 60 min.	60 min.	_____	_____	_____
6.	**Mesna** _____ **mg** Ges intravenöst under 3 min.	3 min.	_____	_____	_____
7.	**Doxorubicin** _____ **mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
8.	**Etoposid** _____ **mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
9.	**Mesna** _____ **mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter Cyklofosfamid-infusionens slut)*		_____	_____	_____
10.	**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** Morgondos _____ _____
   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** 60 min. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 60 min.

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

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

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

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Prokarbazin** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
3. **Pegfilgrastim** _____ **mg** _____ _____
   Ges subkutant

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

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

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
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. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednison _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednison _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos			_____	_____