

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

RegimID: NRB-4691

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
Cyklofosamidmonohydrat 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								
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	x1	x1													

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av B-glukos.

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 Cyklofosamid. Dosen kan med fördel blandas i samma infusion som Cyklofosamid. 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.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK $>$ 10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 4. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) 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 behandlingsdygnet.

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 mukositt
- 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 kurer. Dосnivåer

Dосnivå 4, fulldos - Cyklofosamid 1250 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 200 mg/m²

Dосnivå 3 - Cyklofosamid 1100 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 175 mg/m²

Dосnivå 2 - Cyklofosamid 950 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 150 mg/m²

Dосnivå 1 - Cyklofosamid 800 mg/m², Doxorubicin 35 mg/m², Etoposid 125 mg/m²

Basnivå - Cyklofosamid 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.

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 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		Timme 2	_____	_____
10. Mesna _____ mg Ges peroralt		Timme 6	_____	_____

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 60 min.		60 min.	_____	_____

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 60 min.	60 min.	_____	_____

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		_____	_____
3. Filgrastim _____ ME Ges subkutant		_____	_____

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		_____	_____
3. Filgrastim _____ ME Ges subkutant		_____	_____

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		_____	_____
3. Filgrastim _____ ME Ges subkutant		_____	_____

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

3. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

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.

5. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Filgrastim** _____ **ME**

Ges subkutant

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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