

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: Remissionssyftande

BEACOPP eskalerad (dosintensiv)

RegimID: NRB-188

Indikation: Hodgkins lymfom 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	x1																					
Mesna Intravenös injektion 250 mg/m ²	x1																					
Mesna Peroral tablett 500 mg/m ²	x2																					
Doxorubicin Intravenös infusion 35 mg/m ²	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1															
Prednison Peroral tablett 40 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	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	x1	x1								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av B-glukos.

Anvisningar för ordination

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 9 (minst 24 timmar efter avslutad bleomycininfusion) i 6-10 dygn eller tills LPK >10.

Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 9.

Dosen för prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

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. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg				30 min.		_____	_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 30 min.							
6. Mesna _____ mg				3 min.		_____	_____
Ges intravenöst under 3 min.							
7. Doxorubicin _____ mg				30 min.		_____	_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 30 min.							
8. Etoposid _____ mg				1 tim.		_____	_____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 1 tim.							
9. Mesna _____ mg				Timme 2		_____	_____
Ges peroralt							
10. Mesna _____ mg				Timme 6		_____	_____
Ges peroralt							

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

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 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. **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.

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

2. **Filgrastim** _____ ME

Ges subkutant

DAG 11 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 12 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 13 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 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

Ges peroralt

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

Ges subkutant