**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-188

# 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<br>Intravenös infusion<br>1250 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mesna<br>Intravenös injektion<br>250 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mesna<br>Peroral tablett<br>500 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>35 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etoposid<br>Intravenös infusion<br>200 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prokarbazin<br>Peroral kapsel<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>40 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,4 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Bleomycin<br>Intravenös infusion<br>10 000 IE/$m^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>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**

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av cyklofosfamid. Dosen kan med fördel blandas i samma infusion som 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.

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**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2.** | **Prokarbazin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **3.** | 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **4.** | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **5.** | **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **6.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min. | 3 min. | | _____ | _____ |
| **7.** | **Doxorubicin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **8.** | **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **9.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt | Timme 2 | | _____ | _____ |
| **10.** | **Mesna _____ mg**<br>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
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*
4. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
5. **Etoposid** _____ **mg** 1 tim.
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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** 1 tim.
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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** 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** _____ _____
   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