

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-1344

BFM 2004 A24

Diagnoskod: C85

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Dexametason Peroral tablett 5 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										
Ifosfamid Intravenös infusion 800 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 160 mg/m ² (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)	x1				x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 900 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 30 mg (standarddos)			x1												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)			x3												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x1											
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)				x2	x2										
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)				x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (standarddos)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 1 respektive 5 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnet.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

IT-trippel - De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta, se referens.

Ifosamid - Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 efter avslutad Ifosamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosamid-infusion.

Metotrexat - Kalciumfolinat dag 2 startas 36 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc <0,1 mikromol/L. Doserna kan ges peroralt i samma dos som i.v. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 42, 48, 54 osv tills konc < 0,1 mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsatts av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkoncentrationen <0,1 mikromol/L.

Metotrexat-koncentrationen bör vara:

tim 24 <150 mikromol/l

tim 36 <3,0 mikromol/L

tim 42 <1,0 mikromol/L

tim 48 <0,4 mikromol/L

Dosjustering rekommendation

Första block A24 ges direkt efter förbehandling oberoende av blodvärden.

Neutrofila <1,0 och TPK <50 - behandlingen skjuts upp.

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

- | | | | | |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  |  | _____ | ..... |

_____ | | | _____ | |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | | | _____ | _____ |
| 3. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 5. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) | | | _____ | _____ |
| 6. 250 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 25 mmol och Kalium 5 mmol. Start kl 10.30) | 2 tim. | | _____ | |
| 7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 8. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 12.30) | 30 min. | | _____ | _____ |
| 9. Ifosfamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 13.00.) | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 10. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion.
Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 11. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat |  |  |  | ..... |
| 12. Metotrexat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 14.00, T 0) | 30 min. | | _____ | _____ |
| 13. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00) | 6 tim. | | _____ | |

Fortsätter på nästa sida

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

14. Metotrexat _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. (Start kl 14.30)	23,5 tim.	_____	_____	_____
15. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.00.)	3 min.	_____	_____	_____
16. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)		_____	_____	_____
17. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)	6 tim.	_____	_____	.....
18. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 22.00)	3 min.	_____	_____	_____

DAG 2	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 02.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
3.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>				_____	_____	_____
4.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 08.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
5.	Kontroll Metotrexat-koncentration och kreatinin kl 14.00, T 24				_____	.....
6.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
7.	Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. <i>(Start kl 14.00)</i>			1 tim.	_____	_____	_____
8.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
9.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
10.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 19.00)</i>			3 min.		_____	_____
11.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>				_____	_____	_____
12.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)</i>			6 tim.	_____	_____	.....
13.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 23.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36

_____

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 02.00)

3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

6 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 02.00)

4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42

_____

5. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

6. Dexametason _____ mg

_____ _____ _____

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

7. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 08.00)

8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

6 tim.

_____

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 08.00)

9. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48

_____

10. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 14.00)

11. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

_____

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

12. Ifosfamid _____ mg

1 tim.

_____ _____ _____

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 14.00)

13. Mesna _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion.)

Kan också blandas i infusionen.)

Fortsätter på nästa sida

DAG 3**Forts.**

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

14.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)</i>	6 tim.	_____	_____	.....
15.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 19.00)</i>	3 min.	_____	_____	_____
16.	Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>		_____	_____	_____
17.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 20.00)</i>	3 min.	_____	_____	_____
18.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)</i>	6 tim.	_____	_____	.....
19.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 23.00)</i>	3 min.	_____	_____	_____

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60

_____

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 02.00)

3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

4. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

6 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium

20 mmol. Start kl 02.00)

_____

5. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

6. Kl 08.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!

_____

7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

6 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Start kl 8.00 - Om Metotrexat-utsöndring ok, annars läkarkontakt eller lokal rutin)

_____

9. Cytarabin _____ mg

30 min.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 08.00)

10. Etoposid _____ mg

1 tim.

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 08.30)

11. Ifosfamid _____ mg

1 tim.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

(Start kl 09.30)

12. Mesna _____ mg

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

(Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion.

Kan också blandas i infusionen.)

13. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

6 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Start kl 14.00)

_____

Fortsätter på nästa sida

DAG 4**Forts.**Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

14. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl. 14.30)	3 min.	_____	_____	_____
15. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.30)	3 min.	_____	_____	_____
16. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)		_____	_____	_____
17. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
18. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 20.00)	30 min.	_____	_____	_____

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika_____ |  |  | _____ | ..... |
_____ | | | _____ | |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 08.00) | | | _____ | _____ |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | | _____ | |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 08.00) | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.30) | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Ifosfamid _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 09.30) | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion.
Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Start kl 10.30) | 2 tim. | | _____ | |
| 9. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 10. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
| 11. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) | | | _____ | _____ |
| 12. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 14.30) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 13. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 18.30) | 3 min. | | _____ | _____ |

Fortsätter på nästa sida

DAG 5

Forts.

Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****14. Dexametason _____ mg**Ges peroralt
(Ges kl 20.00)**15. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

16. Cytarabin _____ mgi 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Ges kl 20.00)

30 min.

DAG 6Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 7Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 8Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 9Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 10Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 11Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 12Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

DAG 13Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Filgrastim _____ ME**

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant