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-1346

BFM 2004 AA24

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 6 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 15 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 5 mg (standarddos)	x1				x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 500 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 4500 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)				x3											
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	

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalinisering 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 behandlingsdygnen.

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.

Ifosfamid - *Mesna*, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 efter avslutad Ifosfamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-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, 36, 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 AA 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. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 100 mmol och Kalium 20 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 *Intravenös infusion - hydrering* *(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 *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 02.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 08.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
5. Kontroll Metotrexat-koncentration och kreatinin kl 14.00, T 24		_____	.....	
6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
7. Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 14.00)*	1 tim.	_____	_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.	_____	_____	_____
9. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
10. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 19.00)*	3 min.		_____	_____
11. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
12. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
13. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 23.00)*	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 Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 02.00)*	3 min.	_____	_____	_____
3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 02.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
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 Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 08.00)*	3 min.	_____	_____	_____
8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 08.00)*	6 tim.		_____	.....
9. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48		_____	.....	
10. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 14.00)*	3 min.	_____	_____	_____
11. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
12. Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 14.00)*	1 tim.	_____	_____	_____
13. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.	_____	_____	_____

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 *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
15. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 19.00)*	3 min.	_____	_____	_____
16. **Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
17. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 20.00)*	3 min.	_____	_____	_____
18. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
19. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 23.00)*	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 Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 02.00)*	3 min.	_____	_____	_____
3. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 02.00)*	6 tim.		_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt *(Ges kl 08.00)*		_____	_____	_____
6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 08.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
8. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
9. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 08.00)*	30 min.	_____	_____	_____
10. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 08.30)*	1 tim.	_____	_____	_____
11. Ifosfamid _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *(Start kl 09.30)*	1 tim.	_____	_____	_____
12. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.	_____	_____	_____
13. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 72		_____	.....	

Fortsätter på nästa sida

DAG 4 Forts. Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
14.	**Kl 14.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!**			.....	
15.	**Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 14.00)*	3 min.	_____	_____	_____
16.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
17.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl. 14.30)*	3 min.	_____	_____	_____
18.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
19.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 18.30)*	3 min.	_____	_____	_____
20.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
21.	**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 _____ mg** 30 min. _____ _____ _____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Ges kl 20.00)

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
Ges subkutant

DAG 13 Datum_____ 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					_____	_____