

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-1348

BFM 2004 B4

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										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)	x1				x1										
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 1000 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x1											
Doxorubicin Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)				x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (standarddos)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

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 cytotatikainfusion).

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

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 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 < 2 mikromol/l

tim 36 < 1 mikromol/L

tim 42 $< 0,4$ mikromol/L

tim 48 $< 0,25$ mikromol/L

Dosjustering rekommendation

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.	Dexametason _____ mg					_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
2.	Metotrexat _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt						
3.	Cytarabin _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt						
4.	Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg					_____	_____
	Ges intratekalt (De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)						
5.	250 ml Glukos 50 mg/ml			1 tim.	_____	_____
	Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 25 mmol och Kalium 5 mmol. Start kl 12.00)						
6.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml					_____
	Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet						
7.	Tablett/Injektion Antiemetika					_____

8.	Vinkristin _____ mg			30 min.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 13.00)						
9.	Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg			30 min.	_____	_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 13.30)						
10.	U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat					
11.	Metotrexat _____ mg			4 tim.	_____	_____	_____
	i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim. (Start kl 14.00, T 0)						
12.	1000 ml Glukos 50 mg/ml			8 tim.	_____	_____
	Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)						
13.	Dexametason _____ mg					_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 20.00)						
	<i>Fortsätter på nästa sida</i>						

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

14. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)</i>	8 tim.	_____	_____	_____
--	--------	-------	-------	-------

DAG 2Datum _____ 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 06.00)</i>	8 tim.	_____	_____	_____
2. Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>		_____	_____	_____
3. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24		_____	_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	_____
5. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	_____
6. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. <i>(Start kl 14.00)</i>	30 min.	_____	_____	_____
7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)</i>	8 tim.	_____	_____	_____
8. Dexametason _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>		_____	_____	_____
9. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00)</i>	8 tim.	_____	_____	_____

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 Natriumklorid 9 mg/ml

8 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 06.00)

4. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

_____ _____ _____

5. Kontroll Metotrexat-koncentration och provtagning kl 08.00, T 42

_____

6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 08.00)

7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48

_____

8. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

3 min.

_____ _____ _____

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 14.00)

9. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

10. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

11. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

30 min.

_____ _____ _____

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 14.00)

12. 1000 ml Glukos 50 mg/ml

8 tim.

_____ _____

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)

13. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 20.00)

_____ _____ _____

Fortsätter på nästa sida

DAG 3

Forts.

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

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| 14. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges kl 20.00) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 15. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 22.00) | 10 tim. | _____ | _____ | |

DAG 4Datum _____ 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. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 8.00) | | _____ | _____ | _____ |
| 4. Kl 8.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin! | | _____ | | |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 6. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 7. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 08.00) | 30 min. | _____ | _____ | _____ |
| 8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
(Start kl 08.00) | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 9. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.
(Start kl 08.30) | 30 min. | _____ | _____ | _____ |
| 10. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
(Start kl 14.00) | 6 tim. | _____ | _____ | |
| 11. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
(Ges kl 20.00) | | | _____ | _____ |

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

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt
(Ges kl 08.00)

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 08.00)

30 min.

5. Doxorubicin _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 08.30)

30 min.

6. Metotrexat _____ mg

Ges intratekalt

7. Cytarabin _____ mg

Ges intratekalt

8. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg

Ges intratekalt

(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)

9. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

(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