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-1360

BFM 2004 BB24

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 6 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 15 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 5 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 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											
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	

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.

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 <=150 mikromol/l

tim 36 <3,0 mikromol/L

tim 42 <1,0 mikromol/L

tim 48 <0,4 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. 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 11.00)*	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 13.00)*	30 min.	_____	_____	_____
9. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 13.30)*	30 min.	_____	_____	_____
10. **U-pH >=7 före start av Metotrexat**			.....	
11. **Metotrexat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 14.00, T 0)*	30 min.	_____	_____	_____
12. 1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
13. **Metotrexat _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 23,5 tim. *(Start kl 14.30)*	23,5 tim.	_____	_____	_____

Fortsätter på nästa sida

DAG 1 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.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 tim.	_____	_____	.....

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 kl 14.00, T 24**		_____	.....	
6.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
7.	**Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 14.00)*	30 min.	_____	_____	_____
8.	1000 ml Glukos 50 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 14.00)*	6 tim.	_____	_____	.....
9.	**Dexametason _____ mg** Ges peroralt *(Ges kl 20.00)*		_____	_____	_____
10.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 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 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. Kontroll Metotrexat-koncentration och provtagning kl 08.00, T 42		_____	.....	
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. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 14.00)*	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 3 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. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 20.00)*	3 min.	_____	_____	_____
16. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 tim.	_____	_____	.....

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 8.00)*		_____	_____	_____
6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 08.00)*	3 min.	_____	_____	_____
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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
9. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 08.00)*	30 min.	_____	_____	_____
10. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Start kl 08.30)*	30 min.	_____	_____	_____
11. Kl 14.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!			.....	
12. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges kl 14.00)*	3 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 4 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kalium 20 mmol. Start kl 20.00)*	6 tim.	_____	_____	.....

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. 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