

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-1349

BFM 2004 CC

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 10 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										
Vindesin Intravenös infusion 3 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ² (kroppsyta)	x1		x1												
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ² (kroppsyta)		x2													
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)			x2	x2											
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)					x1										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)					x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)					x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)					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

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 5 när möjlighet finns.

Anvisningar för ordination

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

Vindesin - maxdos per dostillfälle är 5 mg!

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.

Cytarabin - ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnet (dag1-3).

Hydrering - 3 liter vätska ges iv dag 1 och 2.

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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>	8 tim.				
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					
5. Vindesin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.				
6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>	8 tim.				
7. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)					
8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					
9. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 20.00)	3 tim.				
10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i>	8 tim.				

DAG 2 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 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 08.00)	3 tim.		_____	_____
5. 1000 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering	8 tim.		_____	.....
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Intravenös infusion - hydrering	8 tim.		_____	.....
7. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)			_____	_____
8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
9. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 20.00)	3 tim.		_____	_____
10. 1000 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering	8 tim.		_____	.....

DAG 3 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 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. (Start kl 08.00)	3 tim.		_____	_____
5. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00)	1 tim.		_____	_____
6. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)			_____	_____
7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
8. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 20.00)	1 tim.		_____	_____

DAG 4 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 08.00)		1 tim.	_____	_____
5. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Ges kl 20.00)			_____	_____
6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet			_____	.....
7. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. (Start kl 20.00)		1 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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
(Start kl 08.00) | | 1 tim. | | | | |
| 5. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | | | | |
| 6. Cytarabin _____ mg
Ges intratekalt | | | | | | |
| 7. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg
Ges intratekalt
(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta) | | | | | | |
| 8. 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