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-6221

BV-CHEP 21 (Brentuximab vedotin-Cyklofosfamid-Doxorubicin-Etoposid)

Diagnoskod: C84

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**Ny kur dag 22**
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Brentuximab vedotin Intravenös infusion 1,8 mg/kg (kroppsvikt)	x1																					
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m^2 (kroppsyta)		x2	x2																			
Prednison Peroral tablett 50 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Brentuximab vedotin* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Kontroll av blodtryck och puls.

Kontroll av perifer neuropati.

Cyklofosfamid, Doxorubicin och Etoposid ges först, i valfri ordning, därefter ges Brentuximab vedotin.

Etoposid Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination
Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus samt kreatinin.

Brentuximab vedotin - Om patienten väger mer än 100 kg ska dosen beräknas på 100 kg.

Om reaktion vid första infusionen ges premedicinering, t.ex Paracetamol 1 g po, Desloratadin 10 mg po och Betapred 4 mg iv, ges 30-60 minuter före infusionen.

Kontroll av neuropati.

Dessa symptom kan behöva utvärderas:

Buksmärta (pankreatit)

Hosta, dyspné (pumonell toxicitet)

Infektioner (pneumoni, sepsis)

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om Peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 4.Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.

Dosen för Prednison avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

Dosjustering rekommendation
Neutrofiler: 0,5-1,0 - Avvakta med dosen tills toxiciteten återgår till $\leq$ grad 2 eller utgångsläget.

Sensorisk och motorisk neuropati:

Grad 1 (parestesi och/eller bortfall av reflexer, utan funktionsnedsättning) - ingen dosändring.

Grad 2-3 (påverkad funktion) - Avvakta med dosen tills toxiciteten återgår till $\leq$1 eller utgångsläget. Starta därefter behandlingen med reducerad dos, 0,9 mg/kg varannan vecka.

Grad 4 (sensorisk neuropati som är handikappande eller motorisk neuropati som är livshotande eller leder till förlamning) - Avbryt behandlingen.

Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag.-palonostetron-betametason-olanzapin

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2.	500 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.	30 min.		_____	_____
5.	**Doxorubicin** _____ **mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
6.	**Etoposid** _____ **mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
7.	**Brentuximab vedotin** _____ **mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. *(Kontrollera blodtryck och puls före och efter infusionen.)*	30 min.		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2.	**Etoposid** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
3.	**Etoposid** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	**Prednison** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
2.	**Etoposid** _____ **mg** Ges peroralt	Morgondos		_____	_____
3.	**Etoposid** _____ **mg** Ges peroralt	Kvällsdos		_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Filgrastim** _____ **ME** _____ _____
   Ges subkutant

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