

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-5520

BV-CHP (Brentuximab
vedotin-Cyklofosamid-Doxorubicin-Prednison)

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 |
|--|----|----|----|----|----|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brentuximab vedotin Intravenös infusion 1,8 mg/kg (kroppsvikt) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison Peroral tablett 50 mg/m ² (kroppsyta) | 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.

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

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)

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. Överväg tillägg av G-CSF i efterföljande kurer för patienter som utvecklar neutropeni grad 3-4.

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 ≤ 1 eller utgångsläget. Starta därefter behandlingen med reducerad dos, 1,2 mg/kg var 3:e vecka.

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

Antiemetika

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

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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 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. Brentuximab vedotin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. <i>(Kontrollera blodtryck och puls före och efter infusionen.)</i> | 30 min. | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

| | | | | |
|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
|--|-----------|--|-------|-------|

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

| | | | | |
|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
|--|-----------|--|-------|-------|

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

| | | | | |
|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | Morgondos | | _____ | _____ |
|--|-----------|--|-------|-------|

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

1. Prednison _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos
