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-5298

CHAP 21 (Cyklofosfamid-Brentuximab vedotin-Doxorubicin)

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																					
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.

Cyklofosfamid 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, Ondansetron 8 mg iv 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 $\leq$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.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____
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. Brentuximab vedotin _____ **mg** i 250 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			_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ **mg** Ges peroralt			_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____