

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

CHOP 14 (Cyklofosfamid-Doxorubicin-Vinkristin)

RegimID: NRB-192

Indikation: Lymfom C81-C86

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ²	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m ²	x1														
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ²	x1														
Prednison Peroral tablett 50 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1				

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

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.

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

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							_____
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>								
3. Tablett/Injektion Antiemetika							_____

4. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg				30 min.				_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml								
Ges intravenöst under 30 min.								
5. Doxorubicin _____ mg				30 min.				_____
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml								
Ges intravenöst under 30 min.								
6. Vinkristin _____ mg				5 min.				_____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml								
Ges intravenöst under 5 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								
2. Filgrastim _____ ME							_____	_____
Ges subkutant								

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