

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

**CHOP 21** (Cyklofosfamid-Doxorubicin-Vinkristin)

RegimID: NRB-193

Indikation: Lymfom C81-C86

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 <sup>2</sup>	x1																					
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup>	x1																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m <sup>2</sup>	x1																					
Prednison Peroral tablett 50 mg/m <sup>2</sup>	x1	x1	x1	x1	x1																	

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Anvisningar för ordination**

G-CSF bör ges till alla patienter, förslagsvis dag 4-11 (8 doser).

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

*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. **Vinkristin** \_\_\_\_\_ **mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 5 min.

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

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

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt