

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-1106

COMLA

Diagnoskod: C81-C88

Kurintervall: 84 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
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)	x1																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m ² (kroppsyta)																					
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta)																					
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)																					
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x4							x4							x4					

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)																						
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)																						
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1							
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1							
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x4							x4							x4						

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	Ny kur dag 85	
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)																							
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m ² (kroppsyta)																							
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1															
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1															
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x4							x4														

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, lever- och elektrolytstatus inkl kreatinin. S-kreatinin följs under behandlingen.

Metotrexat ges alltid före Cytarabin.

Kalciumfolinat startas 24 timmar efter start av Metotrexatinfusion och ges/tas därefter var 6:e timme. Kalciumfolinat kan ges iv i samma dos som för peroralt.

Dosjustering rekommendation

För start dag 1:

Neutrofila 1,0-1,3 och TPK 50-74: Ge Cyklofosamid 75 %, Vinkristin och Metotrexat 100 %, Cytarabin 50 %.

Neutrofila <1,0 och TPK <50: Ingen behandling startas.

Dag 8 och 15: Neutrofila \geq 0,5 ges fulldos Vinkristin.

Antiemetika

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

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-5b-1-dag/>, Dag 8 och 15:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>, Dag 22+29+36+43+50+57+64+71:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin>

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

- | | | | | |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |
| 4. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)</i> | | | _____ | _____ |
| 2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |
| 3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |
| 4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |

DAG 29 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

DAG 36 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Metotrexat _____ mg

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 10 min.

10 min.

4. Cytarabin _____ mg

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 10 min.

10 min.

DAG 37 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

DAG 43 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |

DAG 44 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)</i> | | | _____ | _____ |
| 2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |
| 3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |
| 4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |

DAG 50 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |

DAG 51 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

DAG 57 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Metotrexat _____ mg

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 10 min.

10 min.

4. Cytarabin _____ mg

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 10 min.

10 min.

DAG 58 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

DAG 64 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |

DAG 65 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)</i> | | | _____ | _____ |
| 2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |
| 3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |
| 4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Tas 6 timmar efter föregående dos)</i> | | | _____ | _____ |

DAG 71 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Cytarabin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |

DAG 72 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)

4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Tas 6 timmar efter föregående dos)
