

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

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

Antitumoral regim - Lymfom

**Cytarabin-Etoposid (EA)**

Indikation: CNS-lymfom C85.89

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-6349

## Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Etoposid Intravenös infusion 5 mg/kg	x2	x2	x2	x2										
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m <sup>2</sup>	x2	x2	x2	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Medelemetogen.

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

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin.

*Cytarabin*- Ge kortisoninnehållande ögondroppar t.ex. Prednisolon 0,5%, 1-2 droppar i vardera öga 3 gånger dagligen under behandlingsdygnen.*Filgrastim* - G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5-14 eller tills LPK >10. Om Peg-filgrastim, ges 6 mg subkutan dag 5. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.**Dosjustering rekommendation***Hypoalbuminemi:*

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

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

- |  |         |  |       |       |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.  | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br>(Cytarabin-infusion var 12:e timma.)                     | 2 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |         |  | _____ | ..... |
| 6. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.  | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.) | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

- |   |         |  |       |       |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 6. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

- |   |         |  |       |       |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 6. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

- |  |         |  |       |       |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |         |  | _____ | ..... |
| 6. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   | 12 tim. |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående Cytarabin-infusion.)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>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

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**  
Ges subkutant