

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

RegimID: NRB-7516

**CYVE yngre än 60 år** (Cytarabin-Cytarabin-Etoposid)

Diagnoskod: C83.3

Kurintervall: 28 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	
Cytarabin Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Etoposid Intravenös infusion 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1							

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Cytarabin Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Etoposid Intravenös infusion 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)								

Medelemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

Dag 2-5 ges i följande ordning - Cytarabin 50 mg/m<sup>2</sup> på 12 tim, Cytarabin 2000 mg/m<sup>2</sup> på 3 tim och sist Etoposid 200 mg/m<sup>2</sup> på 2 tim.

**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 behandlingsdygnet samt dygnet efter.

*Filgrastim* - G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6-15 eller tills LPK >10. Om Peg-filgrastim, ges 6 mg subkutan dag 6. 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.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: Dag 1: Steg 1. Dag 2: Steg

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-4d//>

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5b-4d/> 4 dgr)

**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>Cytarabin</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 12 tim.   |  |  | 12 tim. | _____ | _____ |

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

- |  |  |  |         |       |       |
|--|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  |         | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |  |         | _____ | ..... |
| 3. <b>Cytarabin</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 3 tim.     |  |  | 3 tim.  | _____ | _____ |
| 5. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.     |  |  | 2 tim.  | _____ | _____ |

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

- |  |         |  |       |       |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cytarabin</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 3 tim.     | 3 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.     | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

- |  |         |  |       |       |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cytarabin</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 3 tim.     | 3 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.     | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

- |  |         |  |       |       |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cytarabin</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 3 tim.     | 3 tim.  |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Etoposid</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.     | 2 tim.  |  | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_