

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-5866

**DHAP** (Cisplatin-Cytarabin)

Diagnoskod: 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 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Cisplatin<br>Intravenös infusion<br>100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)  | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>2000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta) |    | x2 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Dexametason<br>Peroral tablett<br>40 mg (standarddos)                  | x1 | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg (kroppsvikt)             |    |    |    |    | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

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

Totalt minst 4 liter i.v. vätska dygn 1 och 2. Det perorala vätskeintaget minst 2-3 liter dag 3-6.

Forcerad diures och elektrolytkorrigerig. Obs! njurfunktion.

**Anvisningar för ordination**

Dexametason tablett 40 mg kan bytas mot Betametason 32 mg.

Cytarabin ges var 12:e timme.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-6-2dgr/> utan betametason.

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

|   |           |         |       |       |
|---|-----------|---------|-------|-------|
| <b>1. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt  | Morgondos |         | _____ | _____ |
| <b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |           |         | _____ | ..... |
| <b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b><br>_____<br>_____   |           |         | _____ | ..... |
| <b>4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>                      |           | 2 tim.  | _____ | ..... |
| <b>5. Cisplatin _____ mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 24 tim.          |           | 24 tim. | _____ | _____ |
| <b>6. 2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>                    |           | 24 tim. | _____ | ..... |

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

|  |           |        |       |       |
|--|-----------|--------|-------|-------|
| <b>1. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt   | Morgondos |        | _____ | _____ |
| <b>2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |           |        | _____ | ..... |
| <b>3. Tablett/Injektion Antiemetika</b><br>_____<br>_____  |           |        | _____ | ..... |
| <b>4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Intravenös infusion - hydrering</i>  |           | 2 tim. | _____ | ..... |
| <b>5. Cytarabin _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 3 tim.   |           | 3 tim. | _____ | _____ |
| <b>6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Intravenös infusion - hydrering</i>  |           | 6 tim. | _____ | ..... |
| <b>7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |           |        | _____ | ..... |
| <b>8. Cytarabin _____ mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 3 tim.<br><i>(Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)</i> |           | 3 tim. | _____ | _____ |

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

1. **Dexametason** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt

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

1. **Dexametason** \_\_\_\_\_ **mg** Morgondos \_\_\_\_\_  
Ges peroralt

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

1. **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

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

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