

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

DHAP (Cisplatin-Cytarabin)

Indikation: Andra linjen lymfom C81-C86

Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-194

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 Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1																					
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m ²		x2																				
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1	x1	x1	x1																		

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

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.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - prehydrering

2 tim.

5. Cisplatin _____ mg

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 24 tim.

24 tim.

6. 2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - ges parallellt

24 tim.

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - posthydrering

2 tim.

5. Cytarabin _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 3 tim.

3 tim.

6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - hydrering

6 tim.

7. Cytarabin _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 3 tim.

3 tim.

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexametason _____ **mg**
Ges peroralt