

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

LVPP (Klorambucil-Prokarbazin-Vinblastin)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-1076

Indikation: Hodgkins lymfom

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	
Vinblastin Intravenös infusion 6 mg/m ²	x1							x1														
Klorambucil Peroral tablett 6 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Prednison Peroral tablett 40 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Vinblastin Intravenös infusion 6 mg/m ²								
Klorambucil Peroral tablett 6 mg/m ²								
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m ²								
Prednison Peroral tablett 40 mg								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Prokarbazin - Patienten bör varnas för samtidigt alkoholintag, Prokarbazin har antabus-effekt. Mat med högt innehåll av tyramin bör undvikas, se exempel under biverkningar Prokarbazin- övrigt. Intag på kvällen kan minska illamäendet.

Klorambucil - TA INTE dubbel dos för att kompensera för glömd tablett. Informera läkare eller sköterska.

Anvisningar för ordination

Klorambucil - maxdos per administreringstillfälle 10 mg. *Vinblastin* - maxdos per administreringstillfälle 10 mg.

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila.

Dosjustering rekommendation

LPK 2,0-2,9 och TPK 50-74 reducera Klorambucil, Prokarbazin och Vinblastin till 50 %.

LPK < 2,0 och TPK < 50, skjut upp behandlingen.

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. Vinblastin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |
| 5. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |
| 6. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

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

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |
| 2. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |
| 3. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

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

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |
| 2. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |
| 3. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | | | | _____ | _____ |

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt

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. Vinblastin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 5. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 6. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 2. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 3. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 2. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 3. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 2. Klorambucil _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |
| 3. Prokarbazin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Klorambucil** _____ **mg**

Ges peroralt

3. **Prokarbazin** _____ **mg**

Ges peroralt
