

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-1136

**VACOP-B**

Indikation: Non-Hodgkins lymfom inkl follikulärt lymfom C85.9

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
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 350 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,2 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1													
Bleomycin Intravenös infusion 10000 IE/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1													
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)															x1						
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)																x1	x1				
Prednison Peroral tablett 45 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1														
Prednison Peroral tablett 45 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1		x1		x1		x1		x1		x1		x1	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 350 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Vinkristin Intravenös infusion 1,2 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10000 IE/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1							
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Prednison Peroral tablett 45 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Prednison Peroral tablett 45 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1		x1		x1		x1	

Högemetogen.

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

#### Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

#### Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus med kreatinin.

Vid stor tumörbörda ev. hydrering och alkalinisering av urinen: 2 L/m<sup>2</sup> med Natriumklorid 9 mg/ml med tillsats av 50 mmol Natriumbikarbonat.

*Etoposid peroralt* - har en dosberoende biotillgängligheten. En peroral dos på 100 mg är jämförbar med en intravenös dos på 75 mg; 400 mg po med 200 mg iv. Variabilitet hos en och samma patient (d.v.s. mellan kurer) är större vid peroral administrering än efter intravenös administrering, se FASS.

Etoposid kapslar finns i styrkan 50 mg.

Dosen för *Prednison* avrundas med fördel till hela eller halva tabletter (styrka 50 mg).

#### Dosjustering rekommendation

Neutrofila < 0,5 och TPK < 50 - behandling med Doxorubicin, Cyklofosfamid och Etoposid skjuts upp.

Om cytopenin beror på lymfominfiltration i benmärgen ges 100 % dos.

*Bleomycin* - dosreducera vid nedsatt njurfunktion: 50 % av dosen om s-kreatinin > 200 mikromol/L.

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

- |  |  |         |  |  |  |  |
|--|--|---------|--|--|--|--|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____  |  |         |  |  |  |  |
| 2. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt  |  |         |  |  |  |  |
| 3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     |  |         |  |  |  |  |
| 4. Doxorubicin _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.             |  | 30 min. |  |  |  |  |
| 5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. |  | 30 min. |  |  |  |  |

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

- |                                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

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

- |                                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

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

- |                                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

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

- |                                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

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

- |                                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

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

- |                                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg<br>Ges peroralt |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

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

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

3. Tablett/Injektion Antiemetika

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. **Vinkristin** \_\_\_\_\_ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

5. **Bleomycin** \_\_\_\_\_ **IE**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

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

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

2. Tablett/Injektion Antiemetika

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. **Doxorubicin** \_\_\_\_\_ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

4. **Etoposid** \_\_\_\_\_ **mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

**DAG 16** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

2. **Etoposid** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 17** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Etoposid** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 18** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 20** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 22** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

3. Tablett/Injektion Antiemetika

\_\_\_\_\_

4. **Vinkristin** \_\_\_\_\_ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

5. **Bleomycin** \_\_\_\_\_ **IE**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

**DAG 24** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 26** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**

Ges peroralt

**DAG 28** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Prednison** \_\_\_\_\_ **mg**  
Ges peroralt