

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

RegimID: NRB-1136

VACOP-B

Diagnoskod: 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 ² (kroppsyta)	x1														x1						
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 350 mg/m ² (kroppsyta)	x1																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,2 mg/m ² (kroppsyta)								x1													
Bleomycin Intravenös infusion 10000 IE/m ² (kroppsyta)								x1													
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)															x1						
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m ² (kroppsyta)																x1	x1				
Prednison Peroral tablett 45 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1														
Prednison Peroral tablett 45 mg/m ² (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 ² (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 350 mg/m ² (kroppsyta)								
Vinkristin Intravenös infusion 1,2 mg/m ² (kroppsyta)	x1							
Bleomycin Intravenös infusion 10000 IE/m ² (kroppsyta)	x1							
Etoposid Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)								
Etoposid Peroral kapsel 100 mg/m ² (kroppsyta)								
Prednison Peroral tablett 45 mg/m ² (kroppsyta)								
Prednison Peroral tablett 45 mg/m ² (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 alkalisering av urinen: 2 L/m² 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.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1 och 15:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/> utan betametason. Dag: 8, 16,17 och 22:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

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

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

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

- | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 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 | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 15 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. 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 | Morgondos | _____ | _____ |
| 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 | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 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 | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

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

1. Prednison _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos
