

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

Wollner Underhållsbehandling

Indikation: T-cellslymfom C84

Kurintervall: 70 dagar

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-1138

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Tioguanin Peroral tablett 300 mg/m ²	x1	x1	x1	x1																	
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ²					x1																
Hydroxikarbamid Peroral kapsel 500 mg/m ²															x2	x2	x2	x2			
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ²																			x1		
Metotrexat Peroral tablett 10 mg/m ²																					
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ²																					
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ²																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²																					
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
Tioguanin Peroral tablett 300 mg/m ²																						
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ²																						
Hydroxikarbamid Peroral kapsel 500 mg/m ²																						
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ²																						
Metotrexat Peroral tablett 10 mg/m ²								x1	x1	x1	x1											
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ²												x1										
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ²																						
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²																						
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg																						

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
Tioguanin Peroral tablett 300 mg/m ²																						
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ²																						
Hydroxikarbamid Peroral kapsel 500 mg/m ²																						
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ²																						
Metotrexat Peroral tablett 10 mg/m ²																						
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ²																						
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ²	x1	x1	x1	x1																		
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²						x1																
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg															x1			x1				

Dag	64	65	66	67	68	69	70	Ny kur dag 71
Tioguanin Peroral tablett 300 mg/m ²								
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ²								
Hydroxikarbamid Peroral kapsel 500 mg/m ²								
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ²								
Metotrexat Peroral tablett 10 mg/m ²								
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ²								
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ²								
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²								
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Remissionsutvärdering efter varje kur.

Kontroll av blod- lever och elektrolytstatus med kreatinin.

Metotrexat it, dosen beror på ålder!

< 1 år, dos 6 mg

> 1 - < 2 år, dos 8 mg

> 2 - < 3 år, dos 10 mg

> 3 år, dos 12 mg

Dosjustering rekommendation

Neutrofila < 1,0 vid start av 5 dagars behandling: behandlingen skjuts upp.

Erfarenheterna (leukepeni-sepsis) från den första underhållskuren får vara vägledande för dosreduktioner senare.

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

1. **Tioguanin** _____ **mg**
Ges peroralt

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

1. **Tioguanin** _____ **mg**
Ges peroralt

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

1. **Tioguanin** _____ **mg**
Ges peroralt

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

1. **Tioguanin** _____ **mg**
Ges peroralt

DAG 5 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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **mg** 30 min.
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

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

1. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Morgondos

2. **Hydroxikarbamid** _____ **mg**
Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 19 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. Daunorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ |

DAG 29 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges peroralt | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

DAG 33 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. Karmustin _____ mg
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | _____ |

DAG 43 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. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |

DAG 44 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. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |

DAG 45 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. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |

DAG 46 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. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |

DAG 47 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. Vinkristin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |

DAG 57 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

DAG 60 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|