

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

RegimID: NRB-5805

**BEACOPP eskalerad (dosintensiv)**

Diagnoskod: C81

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Mesna Intravenös injektion 250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Mesna Peroral tablett 500 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x2																					
Doxorubicin Intravenös infusion 35 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 200 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Prokarbazin Peroral kapsel 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1															
Prednison Peroral tablett 40 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1								
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)				x1																		
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1														
Bleomycin Intravenös infusion 10 000 IE/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								x1														

Medelemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration***Doxorubicin* - starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Kontroll av B-glukos.

*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 illamåendet.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: LPK  $\geq$  2,5, neutrofila  $\geq$  1,5 och TPK  $\geq$  80 (med stigande trend efter nadir). Vid fördröjning kontrolleras blodstatus med neutrofila dag 3, 7, 10 och 14.

Mellanprover 3 gånger i veckan (måndag, onsdag, fredag): Blodstatus inklusive neutrofila.

*Mesna*, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Cyklofosamid. Efterföljande doser ges peroralt timme 2 och 6 i dubbel dos. Om det ges intravenöst minskas dosen till hälften och ges timme 4 och 8.

*Peg-filgrastim* ges dag 4 eller G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges dag 4-11. Peg-filgrastim (G-CSF) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

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

*Vätska* - minst 2,5 liter/dygn som dryck eller infusion under behandlingsdygnet.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m<sup>2</sup>.

**Dosjustering rekommendation***Albumin*

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75 % pga högre biotillgänglighet.

*Toxiska händelser* - gäller vid följande:

- leukopeni i mer än 4 dagar (LPK < 1)
- trombocytopeni i en eller flera dagar (TPK < 25)
- infektion CTCAE grad 4
- andra CTCAE grad 4, t.ex mukositt
- försenad behandlingsstart med mer än 2 veckor beroende på för låga blodvärden

*Om en eller flera toxiska händelser i en kur, ska doserna i kommande kurer reduceras en dosnivå, se nedan. Efter en dosjustering i en kur kan dosnivån INTE ökas igen under någon av de följande kurer. Dосnivåer*

Dосnivå 4, fulldos - Cyklofosamid 1250 mg/m<sup>2</sup>, Doxorubicin 35 mg/m<sup>2</sup>, Etoposid 200 mg/m<sup>2</sup>

Dосnivå 3 - Cyklofosamid 1100 mg/m<sup>2</sup>, Doxorubicin 35 mg/m<sup>2</sup>, Etoposid 175 mg/m<sup>2</sup>

Dосnivå 2 - Cyklofosamid 950 mg/m<sup>2</sup>, Doxorubicin 35 mg/m<sup>2</sup>, Etoposid 150 mg/m<sup>2</sup>

Dосnivå 1 - Cyklofosamid 800 mg/m<sup>2</sup>, Doxorubicin 35 mg/m<sup>2</sup>, Etoposid 125 mg/m<sup>2</sup>

Basnivå - Cyklofosamid 650 mg/m<sup>2</sup>, Doxorubicin 25 mg/m<sup>2</sup>, Etoposid 100 mg/m<sup>2</sup>

*Icke-hematologiska biverkningar*

Vid biverkningar med CTCAE grad 3-4, avbryts behandlingen och återupptas när CTCAE är 1 eller lägre.

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

<b>1. Prednison _____ mg</b> Ges peroralt			_____	_____
<b>2. Prokarbazin _____ mg</b> Ges peroralt			_____	_____
<b>3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
<b>4. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____			_____	.....
<b>5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
<b>6. Mesna _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min.	3 min.		_____	_____
<b>7. Doxorubicin _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
<b>8. Etoposid _____ mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
<b>9. Mesna _____ mg</b> Ges peroralt (Ges 2 timmar efter Cyklofosfamid-infusionens slut)			_____	_____
<b>10. Mesna _____ mg</b> Ges peroralt (Ges 6 timmar efter Cyklofosfamid-infusionens slut)			_____	_____

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

1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
2. <b>Prokarbazin</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	.....
5. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.	_____	_____

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

1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
2. <b>Prokarbazin</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	.....
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	.....
5. <b>Etoposid</b> _____ <b>mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.	_____	_____

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

1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
2. <b>Prokarbazin</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
3. <b>Pegfilgrastim</b> _____ <b>mg</b> Ges subkutant		_____	_____

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

1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____
2. <b>Prokarbazin</b> _____ <b>mg</b> Ges peroralt		_____	_____

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

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

Ges peroralt

2. **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. **Prokarbazin** \_\_\_\_\_ **mg**

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

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml  
Ges intravenöst under 5 min.

5 min.

4. **Bleomycin** \_\_\_\_\_ **IE**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml  
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

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

Ges peroralt

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

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

Ges peroralt

**DAG 11** 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 13** 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