

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-1074

CEOP 21 (Cyklofosamid-Etoposid-Vinkristin)

Diagnoskod: C81-C86

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
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 750 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/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 50 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Etoposid Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas på fastande mage

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila.

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.

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

Dosjustering rekommendation*Hypoalbuminemi*

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

*Hematologi*Neutrofiler $\geq 0,5$ och TPK ≥ 75 - ge fulldos.Neutrofiler $\geq 0,2$ men $< 0,5$ och TPK 50 till < 75 - ge 75 % av Cyklofosamid och Etoposid.Neutrofiler $< 0,2$ och TPK < 50 - skjut upp behandlingen i 3-7 dagar.

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

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| 6. Etoposid _____ mg
i 500 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. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 2. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 3. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 2. Prednison _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 3. Etoposid _____ mg
Ges peroralt | | | _____ | _____ |

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

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

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

1. Prednison _____ **mg**
Ges peroralt
