Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-1106

COMLA

Diagnoskod: C81-C88

Kurintervall: 84 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
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x4							x4							x4					

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x4							x4							x4					

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	Ny kur dag 85
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m^2 (kroppsyta)																						
Vinkristin Intravenös infusion 1,4 mg/m^2 (kroppsyta)																						
Metotrexat Intravenös infusion 120 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1														
Cytarabin Intravenös infusion 300 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x4							x4													

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, lever- och elektrolytstatus inkl kreatinin. S-kreatinin följs under behandlingen.

Metotrexat ges alltid före Cytarabin.

Kalciumfolinat startas 24 timmar efter start av Metotrexatinfusion och ges/tas därefter var 6:e timme. Kalciumfolinat kan ges iv i samma dos som för peroralt.

Dosjustering rekommendation

För start dag 1:

Neutrofila 1,0-1,3 och TPK 50-74: Ge Cyklofosfamid 75 %, Vinkristin och Metotrexat 100 %, Cytarabin 50 %.

Neutrofila $<$1,0 och TPK $<$50: Ingen behandling startas.

Dag 8 och 15: Neutrofila $\geq$ 0,5 ges fulldos Vinkristin.

DAG 1

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. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
4. **Vinkristin** _____ **mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	5 min.		_____	_____

DAG 8

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

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

DAG 22 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. **Metotrexat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 29 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. **Metotrexat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 30 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 36 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. Metotrexat _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. Cytarabin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 37 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 43 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. **Metotrexat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 44 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 50 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. **Metotrexat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 51 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 57 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. Metotrexat _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. Cytarabin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 58 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 64 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. **Metotrexat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 65 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*		_____	_____	_____
2. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
3. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*		_____	_____	_____

DAG 71 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. **Metotrexat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 10 min.	10 min.		_____	_____

DAG 72 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Start 24 timmar efter start av Metotrexatinfusionen.)*	_____	_____	_____
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*	_____	_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*	_____	_____	_____
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt *(Tas 6 timmar efter föregående dos)*	_____	_____	_____