

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-5866

DHAP (Cisplatin-Cytarabin)

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 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m ² (kroppsyta) | | x2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos) | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt) | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 5.

Totalt minst 4 liter i.v. vätska dygn 1 och 2. Det perorala vätskeintaget minst 2-3 liter dag 3-6.

Forcerad diures och elektrolytkorrigerig. Obs! njurfunktion.

Anvisningar för ordination

Dexametason tablett 40 mg kan bytas mot Betametason 32 mg.

Cytarabin ges var 12:e timme.

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

| | | | | |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | _____ | |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 5. Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 24 tim. | | _____ | |

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

| | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | _____ | |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 5. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. | 3 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> | 6 tim. | | _____ | |
| 7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 8. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim. <i>(Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)</i> | 3 tim. | | _____ | _____ |

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

1. **Dexametason** _____ **mg**
Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ **mg**
Ges peroralt

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant

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

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant