

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-388

**Hyper-CVAD kur 1,3,5,7**

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

| Dag   | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Ny kur dag<br>15 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Rituximab<br>Intravenös infusion<br>375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)               | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                  |
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>300 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta) | x2 | x2 | x2 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                  |
| Mesna<br>Intravenös injektion<br>60 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)                   | x2 | x2 | x2 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                  |
| Mesna<br>Peroral tablett<br>120 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)                       | x4 | x4 | x4 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                  |
| Betametason<br>Peroral tablett<br>20 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)                  | x1 | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    | x1 | x1 | x1 | x1 |                  |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>50 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)              |    |    |    | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                  |
| Metotrexat<br>Intratekal injektion<br>12 mg (standarddos)                           | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                  |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>2 mg (standarddos)                             |    |    |    | x1 |    |    |    |    |    |    | x1 |    |    |    |                  |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg (kroppsvikt)                          |    |    |    |    | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |    |    |                  |

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

B-glukos. Blodstatus, neutrofila, CRP. Viktkontroll.

**Anvisningar för ordination**

Vinkristin 2 mg fast dos.

Premedicinering för Rituximab med paracetamol 1000 mg peroralt, klemastin 2 mg intravenöst eller cetirizin 10 mg peroralt.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges på 30 minuter.

Subkutant Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

Mesna dos 1 ges i samband med infusionen av Cyklofosfamid. 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. Start av Cyklofosfamid infusion var 12:e timme.

Om peg-filgrastim ges denna dag 5, 24 timmar efter avslutad cytostatika.

| DAG 1 | Datum _____   | Beställs till kl _____ | Avvakta ja nej | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|-------|---|------------------------|----------------|----------|---------|-----------|-----------|
| 1.    | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |                        |                |          |         | _____     | .....     |
| 2.    | <b>Betametason</b> _____ mg<br>Ges peroralt   |                        |                |          |         | _____     | _____     |
| 3.    | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |                        |                |          |         | _____     | .....     |
| 4.    | <b>Metotrexat</b> _____ mg<br>Ges intratekalt   |                        |                |          |         | _____     | _____     |
| 5.    | <b>Rituximab</b> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.  |                        |                | 30 min.  |         | _____     | _____     |
| 6.    | <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges vid start av Cyklofosamid infusion.)</i>   |                        |                | 3 min.   |         | _____     | _____     |
| 7.    | <b>Cyklofosamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.   |                        |                | 30 min.  | _____   | _____     | _____     |
| 8.    | <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                            |                        |                |          |         | _____     | _____     |
| 9.    | <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                            |                        |                |          |         | _____     | _____     |
| 10.   | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |                        |                |          |         | _____     | .....     |
| 11.   | <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges vid start av Cyklofosamid infusion.)</i>   |                        |                | 3 min.   |         | _____     | _____     |
| 12.   | <b>Cyklofosamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br><i>(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cyklofosamid.)</i> |                        |                | 30 min.  | _____   | _____     | _____     |
| 13.   | <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                            |                        |                |          |         | _____     | _____     |

Fortsätter på nästa sida

**DAG 1**  
**Forts.**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****14. Mesna \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

*(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)*

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

- |   |         |  |       |       |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 2. <b>Betametason</b> _____ mg<br>Ges peroralt  |         |  | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         |  | _____ | ..... |
| 4. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)</i>   | 3 min.  |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br><i>(Ges 12 timmar efter föregående dagsinfusion)</i>                   | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 6. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                              |         |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                              |         |  | _____ | _____ |
| 8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 9. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)</i>   | 3 min.  |  | _____ | _____ |
| 10. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br><i>(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cyklofosfamid.)</i> | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 11. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                             |         |  | _____ | _____ |
| 12. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                             |         |  | _____ | _____ |

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

- |   |         |  |       |       |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 2. <b>Betametason</b> _____ mg<br>Ges peroralt  |         |  | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         |  | _____ | ..... |
| 4. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)</i>   | 3 min.  |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br><i>(Ges 12 timmar efter föregående dagsinfusion)</i>                   | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 6. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                              |         |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                              |         |  | _____ | _____ |
| 8. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 9. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges vid start av Cyklofosfamid infusion.)</i>   | 3 min.  |  | _____ | _____ |
| 10. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br><i>(Ges 12 timmar efter den första infusionen med Cyklofosfamid.)</i> | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 11. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 2 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 4 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                             |         |  | _____ | _____ |
| 12. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Timme 6 om peroralt efter Cyklofosfamid. Timme 8 om intravenös injektion, dosen minskas till hälften.)</i>                             |         |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |         |       |       |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |         | _____ | ..... |
| 2. <b>Betametason</b> _____ mg<br>Ges peroralt   |  |         | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |         | _____ | ..... |
| 4. <b>Vinkristin</b> _____ mg<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 5 min.    |  | 5 min.  | _____ | _____ |
| 5. <b>Doxorubicin</b> _____ mg<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.  |  | 30 min. | _____ | _____ |

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- |  |  |        |       |       |
|--|--|--------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>     |  |        | _____ | ..... |
| 2. <b>Betametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  |  |        | _____ | _____ |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |        | _____ | ..... |
| 4. <b>Vinkristin</b> _____ <b>mg</b><br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 5 min. |  | 5 min. | _____ | _____ |
| 5. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant  |  |        | _____ | _____ |

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Betametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  | _____ | _____ |
| 2. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Betametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Betametason</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|