

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata:

CHOP-14

(Lymfom)

Inf Vincristin	1.4 mg/m ² (max 2 mg)	Dag 1
Inf Cyklofosfamid	750 mg/m ²	Dag 1
Inf Doxorubicin	50 mg/m ²	Dag 1
T Deltison	50 mg/m ²	Dag 1-5
Inj G-CSF	300µ / 30 ME < 70 kg 480µ / 48 ME > 70 kg	} Dag 4 tom 11 (= 8 dagar)
alt inj Neulasta	6 mg	
Pneumocystis profylax: T Eusaprim Forte 1 tabl, 1 ggr dagligen. Mån, ons och fre		

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

Cykelintervall: 14 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

DAG 1 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
T Deltison _____ mg po	_____	_____
Inf Vincristin _____ mg iv i 100 ml NaCl, inf.tid 5 min	_____	_____
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 100 ml NaCl. Inf tid 10-15 min	_____	_____
Inf Doxorubicin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim	_____	_____
	Start	_____
	Stopp	_____

DAG 2-5 **Ssk.sign** **Läk.sign**

Datum: _____ T Deltison _____ mg po	Givet	_____
Datum: _____ T Deltison _____ mg po	Givet	_____
Datum: _____ T Deltison _____ mg po	Givet	_____
Datum: _____ T Deltison _____ mg po	Givet	_____

DAG 4 -11 **Kryssa i valt alternativ** **Ssk.sign** **Läk.sign**

Start av Inj G-CSF sc	300µ /30 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
	480µ /48 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan).			

ALTERNATIVT:

DAG 4 **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, <input type="checkbox"/>	_____	_____
--	-------	-------

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____