

1/3 Hyper-CVAD

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Hyper-CVAD dag 1-4**(kur 1, 3, 5 och 7)**

(Lymfom)

Inf Cyklofosfamid	600 mg/m ²	totaldos/dag	Dag 1-3
Inj Uromitexan	60 mg/m ²		Dag 1-3, Tim 0 och 12
T Uromitexan	400 mg		Dag 1-3, Tim 2, 6 och 14, 18
Inj Methotrexat	12,5 mg	it	Dag 1
Inf Doxorubicin	50 mg/m ²		Dag 4
T Betapred	20 mg/m ²		Dag 1-4, 11-14
Inf Vincristin	2 mg		Dag 4 och 11
Inj G-CSF	300µ / 30 ME < 70 kg	}	Dag 5-12
	480µ / 48 ME > 70 kg		
Alt inj Neulasta	6 mg		Dag 5, 24 h efter avslutat cyto

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					_____	_____
T Betapred _____ mg po					_____	_____
Totaldos Cyklofosfamid _____ mg iv i 2x500 ml NaCl, Infusionstid 2x3 tim						_____
TIM 0						
Påse 1 (hälften av totaldos)						
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim					_____	_____
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:					Start	_____
Tim 0 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv bolus Inj.tid 3-5 min					Stopp	_____
Tim 2 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Tim 6 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Inj Methotrexat _____ mg intratekalt kl _____						_____
Ges 12 tim efter Cyklofosfamidstart!						
Påse 2 (hälften av totaldos)						
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim					_____	_____
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:					Start	_____
Tim 12 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv bolus Inj.tid 3-5 min					Stopp	_____
Tim 14 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Tim 18 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2	beställs till kl _____	avvakta	ja	nej	Ssk.sign	Läk.sign
Inj Ondansetron 8 mg iv					_____	_____
T Betapred _____ mg po					_____	_____
Totaldos Cyklofosfamid _____ mg iv i 2x500 ml NaCl, Infusionstid 2x3 tim					_____	_____
TIM 0						
Påse 1 (hälften av totaldos)						
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim					_____	_____
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:					Start	_____
Tim 0 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv bolus Inj.tid 3-5 min					Stopp	_____
Tim 2 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Tim 6 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Ges 12 tim efter Cyklofosfamidstart!						
Påse 2 (hälften av totaldos)						
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim					_____	_____
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:					Start	_____
Tim 12 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv bolus Inj.tid 3-5 min					Stopp	_____
Tim 14 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Tim 18 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____

DAG 3	beställs till kl _____	avvakta	ja	nej	Ssk.sign	Läk.sign
Inj Ondansetron 8 mg iv					_____	_____
T Betapred _____ mg po					_____	_____
Totaldos Cyklofosfamid _____ mg iv i 2x500 ml NaCl, Infusionstid 2x3 tim					_____	_____
TIM 0						
Påse 1 (hälften av totaldos)						
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim					_____	_____
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:					Start	_____
Tim 0 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv bolus Inj.tid 3-5 min					Stopp	_____
Tim 2 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Tim 6 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Ges 12 tim efter Cyklofosfamidstart!						
Påse 2 (hälften av totaldos)						
Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 3 tim					_____	_____
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:					Start	_____
Tim 12 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv bolus Inj.tid 3-5 min					Stopp	_____
Tim 14 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____
Tim 18 kl _____ T Uromitexan 400 mg po					_____	_____

DAG 4	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
Inj Ondansetron 8 mg iv		_____	_____
T Betapred _____ mg po		_____	_____
Inf Vineristin 2 mg iv i 100 ml NaCl, inf.tid 5 min		_____	_____
Inf Doxorubicin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

3/3 Hyper-CVAD

DAG 5 -12	Kryssa i valt alternativ	Ssk.sign	Läk.sign
Start av Inj G-CSF sc	300 μ /30 ME <input type="checkbox"/>		
	480 μ /48 ME <input type="checkbox"/>		
Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutat cyto.			

ALTERNATIVT:

DAG 5	Ssk.sign	Läk.sign
Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, <input type="checkbox"/> 24 tim efter avslutat cyto!		

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Hyper-CVAD dag 11-14

(kur 1, 3, 5 och 7)

Inf Cyklofosamid	600 mg/m ² totaldos/dag	Dag 1-3
Inj Uromitexan	60 mg/m ²	Dag 1-3 Tim 0 och 12
T Uromitexan	400 mg	Dag 1-3 Tim 2, 6 och 14, 18
Inj Methotrexat	12,5 mg it	Dag 1
Inf Doxorubicin	50 mg/m ²	Dag 4
T Betapred	20 mg/m ²	Dag 1-4, 11-14
Inf Vincristin	2 mg	Dag 4 och 11
Inj G-CSF	300 μ /30 ME < 70 kg } 480 μ /48 ME > 70 kg }	Dag 5-12
Alt inj Neulasta	6 mg	Dag 5, 24 h efter avslutat cyto

DAG 11	beställs till kl _____ avvakta ja nej	Ssk.sign	Läk.sign
T Betapred _____ mg po	kl _____		
Inf Vincristin 2 mg iv i 100 ml NaCl, inf.tid 5 min			

DAG 12	Ssk.sign	Läk.sign
T Betapred _____ mg po	kl _____	

DAG 13	Ssk.sign	Läk.sign
T Betapred _____ mg po	kl _____	

DAG 14	Ssk.sign	Läk.sign
T Betapred _____ mg po	kl _____	

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____