

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

Hyper CVAD del II: Mtx/HIDAC

(kur 2, 4, 6 och 8)

(Lymfom)

| | | |
|----------------------|--|-------------------------------------|
| Inf Methotrexat | 200 mg/m ² 2 tim | Dag 1 |
| Inf Methotrexat | 800 mg/m ² 24 tim totaldos/dag | Dag 1 |
| Inj Methotrexat | 12,5 mg it | Dag 1 |
| T/Inj Kalciumfolinat | 15 mg x 8 var sjätte tim | Start 24 tim efter avslutad Mtx inf |
| Inf Cytarabin | 6000 mg/m ² totaldos/dag | Dag 2-3 |
| Inj Solu-Medrol | 40 mg 2 ggr/dag | Dag 1-3 |
| Inj G-CSF | 300 µ /30 ME < 70 kg 480 µ /48 ME > 70 kg } | Dag 4 tom 11 (= 8 dagar) |
| alt inj Neulasta | 6 mg | Dag 4 , 24 tim efter avslutad cyto. |

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

Under kur: Mtx koncentration tim (efter Mtx start) 26, 50, 62, 74.

Kalciumfolinat 15 mg po/iv ges var sjätte timme tills Mtx konc <0.2 µmol/L och därefter ytterligare 4 ggr.

Tabl Natriumbikarbonat 1 g x 4 i tre dagar.

U- pH vid varje miktionsstillfälle Om U-pH <7 ge Inf Natriumbikarbonat 100 ml iv. Anv separat lista.

Cykelintervall: 14 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

Tim 0 varje dag = starta samma tid varje dag.

DAG 1

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign

kl _____ vikt _____ kl _____ vikt _____ kl _____ vikt _____

T. Natriumbikarbonat 1 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Solu-Medrol 40 mg iv _____

Inf Methotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim

Start _____
Stopp _____

Inj Methotrexat 12.5 mg intratekalt kl _____

Totaldos Inf Methotrexat _____ mg iv i 2x1000 ml NaCl, infusionstid 2x12 tim

OBS: Viktigt att MTX infunderas på 24 tim

Påse nr **1** (hälften av totaldos)

Inf Methotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 12 tim

Start _____
Stopp _____

Inj Solu-Medrol 40 mg Ges innan påse nr 2 Methotrexat! kl _____

Påse nr **2** (hälften av totaldos)

Inf Methotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 12 tim

Start _____
Stopp _____

Skriv in på Dag 3 vilken tid Kalciumfolinatschemat startar =24 tim efter avslutad Mtx infusion.

Mtx konc

Datum/Sign

| | |
|-----------------------------|-------|
| Tim 26=_____µmol/L kl _____ | _____ |
| Tim 50=_____µmol/L kl _____ | _____ |
| Tim 62=_____µmol/L kl _____ | _____ |
| Tim 74=_____µmol/L kl _____ | _____ |

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2 beställs till kl _____ **Ssk.sign Läk.sign**

Starta dag 2 direkt efter avslutad Methotrexatinfusion!

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Solu-Medrol 40 mg iv kl _____

T. Natriumbikarbonat 1 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

Totaldos Cytarabin _____ mg iv i 2x500 ml NaCl, infusionstid 2x2 tim _____

Påse 1 (hälften av totaldos)

Inf Cytarabin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inj Solu-Medrol 40 mg iv Ges 12 tim efter förra Solu-Medrolinj. kl _____

Påse 2 (hälften av totaldos) Ges 12 tim efter Cytarabinstart!

Inf Cytarabin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

DAG 3 beställs till kl _____ **Ssk.sign Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Solu-Medrol 40 mg iv kl _____

T. Natriumbikarbonat 1 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

24 tim efter avslutad Mtx inf. Dvs kl _____ ges första Kalciumfolinatdosen, sedan var sjätte timme tills Mtx konc <0,2 µmol/L och därefter ytterligare 4 doser

Datum: _____ Inj Kalciumfolinat 15 mg iv kl _____ Givet _____

Datum: _____ Inj Kalciumfolinat 15 mg iv kl _____ Givet _____

Datum: _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____ Givet _____

Datum: _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____ Givet _____

Datum: _____ T Kalciumfolinat 15 mg pokl _____ Givet _____

Datum: _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____ Givet _____

Datum: _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____ Givet _____

Datum: _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____ Givet _____

Totaldos Cytarabin _____ mg iv i 2x500 ml NaCl, infusionstid 2x2 tim _____

Påse 1 (hälften av totaldos) 24 timmar efter Cytarabinstart dag 2!

Inf Cytarabin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

Inj Solu-Medrol 40 mg iv Ges 12 tim efter förra Solu-Medrolinj. kl _____

Påse 2 (hälften av totaldos) Ges 12 tim efter Cytarabinstart!

Inf Cytarabin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf tid 2 tim _____

Start _____

Stopp _____

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

Start av Inj G-CSF sc 300 µ /30 ME

480 µ /48 ME

Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutad cyto.

ALTERNATIVT:

DAG 4 **Ssk.sign Läk.sign**

Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, 24 tim efter avslutad cyto! _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____