

1/3 Dosintensiv BEACOPP

Datum: \_\_\_\_\_  
 Kur: \_\_\_\_\_  
 Yta: \_\_\_\_\_

Patientdata

## Dosintensiv BEACOPP

(Hodgkin)

Inf Cyklofosfamid	1250 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1
Inj Uromitexan	250 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1 tim 0
T Uromitexan	500 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1 tim 2 och 6
Inf Doxorubicin	35 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1
Inj Etoposid fosfat	200 mg/m <sup>2</sup> *	Dag 1-3
K Prokarbazin (Natulan)	100 mg/m <sup>2</sup> /dag	Dag 1-7
T Deltison	40 mg/m <sup>2</sup> /dag	Dag 1-14
Inf Vincristin	1.4 mg/m <sup>2</sup> (max 2 mg)	Dag 8
Inf Bleomycin	10.000 IE/m <sup>2</sup>	Dag 8
Inj G-CSF	300 µ /30 ME < 70 kg 480 µ /48 ME > 70 kg	} Dag 9 till Lpk >10x10 <sup>9</sup> /L (efter nadir)
alt inj Neulasta	6 mg	Dag 9, 24 tim efter avslutat cyto.
Pneumocystis profylax: T.Eusaprim forte 1 x 1 mån, ons och fre		
* Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %		

**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr.  
**Cykelintervall:** 21 dagar.  
**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 1.

**DAG 1** beställs till kl \_\_\_\_\_ avvakta ja nej **Ssk sign** **Läk sign**

<b>Inj Ondansetron</b> 8 mg iv	_____	
<b>Inj Betapred</b> 8 mg iv	_____	
<b>K Natulan</b> _____ mg po	_____	
<b>T Deltison</b> _____ mg po	_____	
<b>TIM 0</b>		
<b>Inf Cyklofosfamid</b> _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min	_____	
Uromitexan ges strax före Cyklofosfamidstart:		
<b>Tim 0</b> _____ <b>Inj Uromitexan</b> _____ mg iv	_____	
<b>Tim 2</b> kl _____ <b>T Uromitexan</b> _____ mg po	_____	
<b>Tim 6</b> kl _____ <b>T Uromitexan</b> _____ mg po	_____	
<b>Inf Doxorubicin</b> _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 2 tim	_____	
	Start _____	
	Stopp _____	
<b>Inj Etoposid fosfat</b> _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min	_____	

**DAG 2** beställs till kl \_\_\_\_\_ **Ssk sign** **Läk sign**

<b>T Ondansetron</b> 8 mg po	_____	
<b>T Deltison</b> _____ mg po	_____	
<b>K Natulan</b> _____ mg po	_____	
<b>Inj Etoposid fosfat</b> _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min	_____	

Godkänt av \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift \_\_\_\_\_

<b>DAG 3</b>	beställs till kl _____	<b>Ssk sign</b>	<b>Läk sign</b>
<b>T Ondansetron</b> 8 mg po		_____	_____
<b>T Deltison</b> _____ mg po		_____	_____
<b>K Natulan</b> _____ mg po		_____	_____
<b>Inj Etoposid fosfat</b> _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min		_____	_____

<b>DAG 4 - 7</b>	<b>OBS! Ordination för 4 dagar!</b>	<b>Ssk sign</b>	<b>Läk sign</b>
<b>K Natulan</b> _____ mg po		_____	_____
<b>T Deltison</b> _____ mg po		_____	_____

Godkänt av \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift \_\_\_\_\_

### 3/3 Dosintensiv BEACOPP

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata

Yta: \_\_\_\_\_

## Dosintensiv BEACOPP dag 8

T Deltison	40 mg/m <sup>2</sup> /da g	Dag 1-14
Inf Vincristin	1.4 mg/m <sup>2</sup> (max 2 mg)	Dag 8
Inf Bleomycin	10.000 IE/m <sup>2</sup>	Dag 8
Inj G-CSF	300 µ /30 ME < 70 kg 480 µ /48 ME > 70 kg	Dag 9 till Lpk >10x10 <sup>9</sup> /L (efter nadir)
alt inj Neulasta	6 mg	

**DAG 8** beställs till kl \_\_\_\_\_ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

<b>T Deltison</b> _____ mg po	_____	_____
Om feberreaktion på bleomycin ge Betapred 4 mg i.v		
<b>Inf Vincristin</b> _____ mg iv i 100 ml NaCl, inf.tid 5 min	_____	_____
<b>Inf Bleomycin</b> _____ IE iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 2 tim	_____	_____
	Start _____	_____
	Stopp _____	_____

**DAG 9-19** **Kryssa i valt alternativ** **Ssk.sign** **Läk.sign**

<b>Start av Inj G-CSF</b> sc	300 µ /30 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
	480 µ /48 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
som skall ges 1g/dag i ca 10 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutat cyto.			

### ALTERNATIVT:

**DAG 9** **Ssk.sign** **Läk.sign**

<b>Inj Neulasta 6 mg x 1 s c</b> , <input type="checkbox"/> 24 tim efter avslutat cyto!	_____	_____
---	-------	-------

**DAG 9 – 14** **OBS! Ordination för 6 dagar!** **Ssk.sign** **Läk.sign**

<b>T Deltison</b> _____ mg po	_____	_____
-------------------------------	-------	-------

Godkänt av \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift \_\_\_\_\_