

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

BEACOPP-14

(Hodgkin)

| | | |
|-------------------------|--|----------|
| Inf Cyklofosfamid | 650 mg/m ² | Dag 1 |
| Inf Doxorubicin | 25 mg/m ² | Dag 1 |
| Inj Etoposid fosfat | 100 mg/m ² * | Dag 1 |
| K Etoposid (Vepesid) | 200 mg/m ² * | Dag 2-3 |
| K Prokarbazin (Natulan) | 100 mg/m ² /dag | Dag 1-7 |
| T Deltison | 80 mg/m ² /dag | Dag 1-8 |
| Inf Vincristin | 1.4 mg/m ² (max 2 mg) | Dag 8 |
| Inf Bleomycin | 10.000 IE/m ² | Dag 8 |
| Inj G-CSF | 300 µ /30 ME < 70 kg 480 µ /48 ME > 70 kg | Dag 9-14 |

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: 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 _____

K Natulan _____ mg po _____

T Deltison _____ mg po _____

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 _____

Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min _____

DAG 2 **Ssk sign Läk sign**

T Ondansetron 8 mg po _____

K Vepesid _____ mg po _____

K Natulan _____ mg po _____

T Deltison _____ mg po _____

DAG 3 **Ssk sign Läk sign**

T Ondansetron 8 mg po _____

K Vepesid _____ mg po _____

K Natulan _____ mg po _____

T Deltison _____ mg po _____

DAG 4 - 7 **OBS! Ordination för 4 dagar!** **Ssk sign Läk sign**

K Natulan _____ mg po _____

T Deltison _____ mg po _____

Godkänt av _____ Läkarens underskrift _____

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

BEACOPP-14 dag 8

| | | |
|----------------|--|----------|
| T Deltison | 80 mg/m ² /dag | Dag 1-8 |
| Inf Vincristin | 1.4 mg/m ² (max 2 mg) | Dag 8 |
| Inf Bleomycin | 10.000 IE/m ² | Dag 8 |
| Inj G-CSF | 300 µ /30 ME < 70 kg 480 µ /48 ME > 70 kg } | Dag 9-14 |

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

| | | |
|--|-------|-------|
| Inf Vincristin _____ mg iv i 100 ml NaCl, inf.tid 5 min | _____ | _____ |
| Inf Bleomycin _____ IE iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 2 tim | _____ | _____ |
| | Start | _____ |
| | Stopp | _____ |
| T Deltison _____ mg po | _____ | _____ |

DAG 9-14 **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 6 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutat cyto. | | | |

Godkänt av _____ Läkarens underskrift _____