

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

Patientdata:

## **Caelyx-CHOP**

(Lymfom)

Inf Caelyx	30 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1
Inj Vincristin	1.4 mg/m <sup>2</sup> (max 2 mg)	Dag 1
Inf Cyklofosfamid	750 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1
T Deltison	50 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1-5

**Inför varje kur:** Blodstatus, neutr.

**För att minska risken för akuta infusionsreaktioner skall kur 1 med Caelyx ges enligt följande:**

Starta infusionen med hastigheten 50 ml/timme under de första 15 minuterna. Om ingen reaktion uppträder ökas infusionshastigheten sedan under påföljande 15 min till den dubbla. Om ingen reaktion uppträtt under de första 30 minuterna ges resterande mängd infusion med ordinarie hastighet.

**Cykelintervall:** 21 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 \_\_\_\_\_

**Spoldropp endast Glucos p g a Caelyx!**

**Inj Vincristin** \_\_\_\_\_ mg iv bolus Inj.tid 2-4 min \_\_\_\_\_

**Inf Cyklofosfamid** \_\_\_\_\_ mg iv i 100 ml NaCl. Inf tid 10-15 min \_\_\_\_\_

**Inf Caelyx** \_\_\_\_\_ mg iv i 250 ml Glucos 50 mg/ml. Inf.tid 1 tim \_\_\_\_\_

Start \_\_\_\_\_

Stopp \_\_\_\_\_

**Behandling vid en allergisk reaktion orsakat av Caelyx – se lokala instruktioner!**

**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 \_\_\_\_\_

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