

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

Patientdata:

## **ABVD**

(Hodgkin)

Inf Bleomycin	10 000 IE/m <sup>2</sup> (max 30 000 mg)	Dag 1 och 15
Inj Vinblastin	6 mg/m <sup>2</sup> (max 10 mg)	Dag 1 och 15
Inf Doxorubicin	25 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1 och 15
Inf Dakarbazin	375 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1 och 15

**Inför varje behandling:** Blodstatus, Neutr.

**Cykelintervall:** 28 dagar.

**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 3.

**OBS!!** Vid oförklarlig andfåddhet och/eller hosta skall Bleomycinpneumonit övervägas och Bleomycin inte ges. Vanligast i slutet av planerad behandling.

G-CSF ökar risken för Bleomycinutlöst pneumonit.

<b>DAG 1</b>	beställs till kl _____ avvakta ja nej	<b>Ssk.sign</b>	<b>Läk.sign</b>
<b>Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling</b>			
T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
<b>Inf Bleomycin</b> _____ IE iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
<b>Inj Vinblastin</b> _____ mg iv bolus Inj.tid 2-4 min		_____	_____
<b>Inf Doxorubicin</b> _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
<b>Inf Dakarbazin</b> _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____

**Peroral profylax**

**Ssk.sign**

**Antiemetikaschema nr 3.**

<b>DAG 15</b>	beställs till kl _____ avvakta ja nej	<b>Ssk.sign</b>	<b>Läk.sign</b>
<b>Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling</b>			
T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
<b>Inf Bleomycin</b> _____ IE iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
<b>Inj Vinblastin</b> _____ mg iv bolus Inj.tid 2-4 min		_____	_____
<b>Inf Doxorubicin</b> _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____
<b>Inf Dakarbazin</b> _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	_____
	Stopp	_____	_____

**Peroral profylax**

**Ssk.sign**

**Antiemetikaschema nr 3.**

Godkänd av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_