

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata:

MPV (Lymfom)

T Natriumbikarbonat	2 g x 4/dag	Dag 0, 1, 2, 3
Inf Metotrexat	3500 mg/m ²	Dag 1
Inf Vinkristin	1.4 mg/m ² (max 2.8 mg)	Dag 1
T Kalciumfolinat	15 mg var sjätte timme	Dag 2 (start 26 tim efter påbörjad Mtx)
T Procarbazin (Natulan)	100 mg/m ²	Dag 1-7, kur 1, 3 och 5

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr, Krea, Cystatin C.

Mtx konc. tim 26, 50, 62, 74 (efter Mtx start).

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

Urin-pH vid varje miktion, skall ha pH ≥7 innan start, om inte ge inf NaBic 100 ml på 10 min.

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 i fyra dagar.

Om GFR <60/min ges inte Metotrexat.

Cykelintervall: 14 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.

Efter avslutad behandling, 2 kurer högdos cytarabin (se cytarabin CNS profylax).

DAG 0

Ssk.sign Läk.sign

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 po

kl _____ sign _____ kl _____ sign _____ kl _____ sign _____ kl _____ sign _____

DAG 1

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign

kl ____ vikt ____ kl ____ vikt ____ kl ____ vikt ____

Premed per os tas 1 tim före behandling

T/Inj Ondansetron 8 mg po

T/Inj Betapred 8 mg po

T Natulan _____ mg po (Obs! Vid kur 1, 3 och 5)

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

Inf NaCl 1000 ml iv. Inf.tid _____ tim

start _____

Inf Vincristin _____ mg iv i 100 ml NaCl, Inf tid 5 min

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

Start _____

Stopp _____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2**Ssk.sign** **Läk.sign**

T Natulan _____ mg (Obs! Vid kur 1, 3 och 5) _____ _____

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
 sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

26 tim efter påbörjad 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 po kl _____ 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 _____

Mtx konc**Datum/Sign**

Tim 26= _____ µmol/L kl _____ _____

Tim 50= _____ µmol/L kl _____ _____

Tim 62= _____ µmol/L kl _____ _____

Tim 74= _____ µmol/L kl _____ _____

DAG 3**Ssk.sign** **Läk.sign**

T Natulan _____ mg po (Obs! Vid kur 1, 3 och 5) _____ _____

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
 sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

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

T Natulan _____ mg po (Obs! Vid kur 1, 3 och 5) _____ _____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____