

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

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

## Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-5462

**GDP (Cisplatin-Gemcitabin)**

Indikation: Andra linjen lymfom och senare C81-C86

Kurintervall: 21 dagar

## Ordination/Administrering

| Dag                                                         | 1  | 2  | 3  | 4  | 5 | 6 | 7 | 8  | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | Ny kur dag 22 |
|-------------------------------------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Gemcitabin<br>Intravenös infusion<br>1000 mg/m <sup>2</sup> | x1 |    |    |    |   |   |   | x1 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Cisplatin<br>Intravenös infusion<br>75 mg/m <sup>2</sup>    | x1 |    |    |    |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Dexametason<br>Peroral tablett<br>40 mg                     | x1 | x1 | x1 | x1 |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Vikt eller diureskontroll.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inklusive kreatinin.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

*Cisplatin* - under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Dexametason \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

**2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

**3. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Gemcitabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

**5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Intravenös infusion - prehydrering*

2 tim.

**6. Cisplatin \_\_\_\_\_ mg**

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

1 tim.

**7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Intravenös infusion - posthydrering*

1 tim.

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Dexametason \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Dexametason \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Dexametason \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

**2. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Gemcitabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.