

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt:

RegimID: NRB-3009

Metotrexat po veckovis

Indikation: T-cellslymfom C84

Kurintervall: 28 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
Metotrexat Peroral tablett 20 mg	x1							x1							x1						

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Metotrexat Peroral tablett 20 mg	x1							

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Blodstatus 1 gång/vecka 1:a kuren. Kan glesas ut vid följande kurer.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Metotrexat** _____ mg
Ges peroralt**DAG 8** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Metotrexat** _____ mg
Ges peroralt**DAG 15** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Metotrexat** _____ mg
Ges peroralt**DAG 22** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Metotrexat** _____ mg
Ges peroralt