Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-378

FC peroral (Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

Indikation: KLL-kronisk lymfatisk leukemi C91.1

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**
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m^2	x1	x1	x1																		
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m^2	x1	x1	x1																		

Dag	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**Ny kur dag 29**
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m^2								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m^2								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Vid stor tumörbörda hydrering och alkalinisering av urinen.

Dosreduktion sker i första hand genom att minska antalet behandlingsdagar.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Fludarabin** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Fludarabin** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt

2. **Fludarabin _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt