**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-1137

# Wollner Induktion konsolidering

Indikation: T-cellslymfom C84

## 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<br>Intravenös infusion<br>1200 mg/$m^2$ | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,5 mg/$m^2$ | | | x1 | | | | | | | x1 | | | | | | | x1 | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>40 mg/$m^2$ | | | | | | | | | | | | x1 | x1 | | | | | | | | |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>60 mg/$m^2$ | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Metotrexat<br>Intratekal injektion<br>12 mg | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>150 mg/$m^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tioguanin<br>Peroral tablett<br>75 mg/$m^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas<br>Intramuskulär injektion<br>1000 IE/$m^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karmustin<br>Intravenös infusion<br>60 mg/$m^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>1200 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,5 mg/m$^2$ | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>40 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>60 mg/m$^2$ | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat<br>Intratekal injektion<br>12 mg | | | | | | x1 | | | x1 | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>150 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | x1 | x1 |
| Tioguanin<br>Peroral tablett<br>75 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | x1 | x1 |
| Pegaspargas<br>Intramuskulär injektion<br>1000 IE/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karmustin<br>Intravenös infusion<br>60 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>1200 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,5 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>40 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>60 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat<br>Intratekal injektion<br>12 mg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>150 mg/m$^2$ | x1 | x1 | x1 | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | |
| Tioguanin<br>Peroral tablett<br>75 mg/m$^2$ | x1 | x1 | x1 | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas<br>Intramuskulär injektion<br>1000 IE/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | x1 | | | | | | | | |
| Karmustin<br>Intravenös infusion<br>60 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>1200 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>1,5 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>40 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison<br>Peroral tablett<br>60 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat<br>Intratekal injektion<br>12 mg | | | | | | x1 | | | x1 | | | | |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>150 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Tioguanin<br>Peroral tablett<br>75 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas<br>Intramuskulär injektion<br>1000 IE/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | |
| Karmustin<br>Intravenös infusion<br>60 mg/m$^2$ | | | | | | | | | | | | | x1 |

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration**

*Pegaspargas* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

*Doxorubicin* - starkt vävnadsretande.

Vikt eller diureskontroll dag 1-3.

**Anvisningar för ordination**

Dagliga prover enligt Wollner, dag 1-3: Na, K, Ca, Urat, P

*Metotrexat it, dosen beror på ålder!*

$<$ 1 år, dos 6 mg

$>$ 1 - $<$ 2 år, dos 8 mg

$>$ 2 - $<$ 3 år, dos 10 mg

$>$ 3 år, dos 12 mg

*Hydrering under behandlingen, dygn 1 och 2*: 4 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

*Doxorubicin* - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni, hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m2.

*Prednison* - dosen trappas ner under den sista veckan.

**Dosjustering rekommendation**

Under induktion, ingen dosreduktion.

Under konsolidering (gäller Cytarabin och Tioguanin):

LPK $<$ 1,5 - dosreducera till 50 % av doserna.

LPK $<$ 1,0 - behandlingen skjuts upp.

**DAG 1** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** **Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **3.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **4.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |
| **5.** **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **6.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |
| **7.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |
| **8.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |

| **DAG 2** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3. Provtagning enligt Wollner** | | | ..... | |
| **4.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |
| **5.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |
| **6.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |
| **7.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)* | 6 tim. | | _____ | ..... |

| **DAG 3** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3. Provtagning enligt Wollner** | | | ..... | |
| **4.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **5. Vinkristin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |

| **DAG 4** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Prednison _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 5** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Metotrexat** _____ **mg** _____ _____
   Ges intratekalt

**DAG 6** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 7** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 8** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 9** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 10** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Vinkristin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

**DAG 11** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 12** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*
   _____ .....

3. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
   _____ .....

4. **Doxorubicin** _____ **mg**
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
   30 min. _____ _____

**DAG 13** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*
   _____ .....

3. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
   _____ .....

4. **Doxorubicin** _____ **mg**
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
   30 min. _____ _____

**DAG 14** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

**DAG 15** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

**DAG 16** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt
   _____ _____

**DAG 17** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* _____ .....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Vinkristin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

**DAG 18** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

**DAG 19** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

**DAG 20** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

**DAG 21** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

**DAG 22** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

**DAG 23** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**
   Ges peroralt _____ _____

**DAG 24** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
4. **Vinkristin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

**DAG 25** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 26** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 27** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Metotrexat** _____ **mg** _____ _____
   Ges intratekalt

**DAG 28** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 29** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 30** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Metotrexat** _____ **mg** _____ _____
   Ges intratekalt

**DAG 34** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 35** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 36** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 37** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin** _____ **mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin** _____ **mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 38** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin** _____ **mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin** _____ **mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 41** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin** _____ **mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin** _____ **mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 42** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 43** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 44** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 45** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 48** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 49** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **4.** **Tioguanin _____ mg**<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |

**DAG 50** 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. **Cytarabin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Tioguanin _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 51** 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. **Cytarabin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Tioguanin _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 52** 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. **Cytarabin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Tioguanin _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt

**DAG 55** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Pegaspargas _____ IE** _____ _____
   Ges intramuskulärt

| **DAG 69** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Metotrexat _____ mg**<br>Ges intratekalt | | | _____ | _____ |

| **DAG 72** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Metotrexat _____ mg**<br>Ges intratekalt | | | _____ | _____ |

| **DAG 76** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3. Karmustin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |