

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Myelom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-5469

Cyklofosfamid stamcellsmobilisering**Ordination/Administrering**

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 2000 mg/m ²	x1										
Mesna Intravenös injektion 400 mg/m ²	x1										
Mesna Peroral tablett 800 mg/m ²	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Cyklofosfamid. Efterföljande doser ges timme 2 och 6. Om de ges i.v. halveras dosen till 400 mg/m² och ges timme 4 och 8 efter Cyklofosfamid.

Prehydrering med 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml och posthydrering med 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml samt rikligt med dryck.

GCS-F ges tills stamcellsskörden är klar.

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

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika
_____ | | | _____ | |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 4. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges strax före eller samtidigt som infusion Cyklofosfamid startas.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - posthydrering</i> | 1 tim. | | _____ | |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter start av infusion med Cyklofosfamid.)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter start av infusion med Cyklofosfamid.)</i> | | | _____ | _____ |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant
