

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Myelom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-7670

Melfalan-Prednisolon (MP)

Kurintervall: 35 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
Melfalan Peroral tablett 0,25 mg/kg	x1	x1	x1	x1																	
Prednisolon Peroral tablett 2 mg/kg	x1	x1	x1	x1																	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	Ny kur dag 36	
Melfalan Peroral tablett 0,25 mg/kg																
Prednisolon Peroral tablett 2 mg/kg																

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin. För behandlingsstart neutrofila > 1,5 och TPK > 100. Vid lägre värden skjuts behandlingen upp 1-2 veckor.

Vid kvarstående cytopeni ges reducerad dos av Melfalan.

Prednisolon dos vanligen 100 mg.

Dosjustering rekommendation

Kontroll av blodstatus 2-3 veckor efter kurstart. Melfalan - upptag varierar mellan olika individer.

NADIR-värde för neutrofila > 2,0 och TPK > 100 - öka Melfalandosen i nästa kur med 25-30 %.

NADIR-värde för neutrofila < 0,5 och TPK < 50 - minska Melfalandosen i nästa kur med 25-30 %.

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

Ges peroralt

2. Melfalan _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Melfalan** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Melfalan** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Melfalan** _____ **mg**

Ges peroralt