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 - Sarkom

Behandlingsavsikt: Palliativ
RegimID: NRB-7443

Etoposid-Trofosfamid

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Etoposid Peroral kapsel 50 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2												
Trofosfamid Peroral tablett 100 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2												

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart neutrofila > 1.5, TPK > 100.

Dosjustering rekommendation

Vid behov av dosjustering görs detta genom att minska antalet behandlingsdagar per kur.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
3. Etoposid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____
4. Trofosfamid _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____

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

1. **Etoposid** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Trofosfamid** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
3. **Etoposid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)
4. **Trofosfamid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Etoposid** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Trofosfamid** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
3. **Etoposid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)
4. **Trofosfamid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Etoposid** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Trofosfamid** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
3. **Etoposid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)
4. **Trofosfamid** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)