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 - Trofoblastsjukdomar

Behandlingsavsikt: Kurativ
RegimID: NRB-5838

Daktinomycin

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Daktinomycin Intravenös infusion 0,5 mg	x1	x1	x1	x1	x1										

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin samt hCG. För behandlingsstart neutrofila $>$ 1,5, LPK $>$ 2,5, TPK $>$ 100, Hb $>$ 100.
Dagligt vätskeintag på cirka 1,5 liter rekommenderas.

Dosjustering rekommendation
Neutrofila $<$ 1,0 och/eller TPK $<$ 100 - skjut upp behandlingen en vecka.
Kvarstående stomatit eller diarré - skjut upp behandlingen en vecka.
hCG ska halveras mellan varje kur. Vid platå eller stegring överväg terapibyte.

DAG 1 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. Daktinomycin _____ mg i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 15 min.	15 min.		_____	_____

DAG 2 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. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 15 min.	15 min.		_____	_____

DAG 3 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. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 15 min.	15 min.		_____	_____

DAG 4 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. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 15 min.	15 min.		_____	_____

DAG 5 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. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 15 min.	15 min.		_____	_____