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 - Prostatacancer

Behandlingsavsikt: Palliativ
RegimID: NRB-9067

Degarelix

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Degarelix Subkutan injektion 240 mg	x1																				
Degarelix Subkutan injektion 80 mg																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Degarelix Subkutan injektion 240 mg																					
Degarelix Subkutan injektion 80 mg								x1													

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
Degarelix Subkutan injektion 240 mg															
Degarelix Subkutan injektion 80 mg															x1

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Degarelix: Ges som en subkutan injektion i bukområdet. Injektionsstället bör varieras periodiskt. Injektionerna bör ges i områden där patienten inte exponeras för tryck, t ex inte i närheten av byxlinning eller bälte och inte nära revbenen.

Reaktioner från injektionsstället tex smärta och rodnad förekommer. Även influensaliknande symptom förekommer i anslutning till injektion.

Anvisningar för ordination

Regelbunden uppföljning av patienter med anamnes på depression och hypertoni.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Degarelix _____ mg** _____ _____
   Ges subkutant

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

1. **Degarelix _____ mg** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 57 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Degarelix _____ mg** _____ _____
   Ges subkutant