

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-10036

Lenalidomid-Cyklofosfamid-Dexametason (RCD)

Kurintervall: 28 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
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1							x1							x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Lenalidomid Peroral kapsel 25 mg								
Dexametason Peroral tablett 40 mg	x1							
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus och neutrofila. För behandlingsstart från kur 2 och efterföljande, neutrofila $\geq 1,0$ och TPK ≥ 50 .

Dexametason - dos 20-40 mg en dag per vecka kontinuerligt. Kan sättas ut när stabil respons har uppnåtts.

Cyklofosfamid kan även ges som veckopulsar, dvs ge Cyklofosfamid 500 mg po, dag 1, 8 och 15.

Dosjustering rekommendation

Vid hematologisk toxicitet, se FASS.

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

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

3. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

3. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dexametason** _____ mg

Ges peroralt

2. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

3. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Lenalidomid** _____ mg

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Lenalidomid** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason** _____ **mg**

Ges peroralt