Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Diagnosgemensam antitumoral barnregim

RegimID: NRB-15340

Enrylaze iv (7 doser, varannan dag)

Protokoll: ALLTogether (A2G), IntReALL BCP 2020
Diagnoskod: C 91, C 83.5
Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Krisantaspas Intravenös infusion 20 mg/m^2 (kroppsyta)	x1		x1		x1		x1		x1		x1		x1		

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Blodprov: Blodstatus inkl neutrofila granulocyter, ALAT, ASAT, Bilirubin, Lipas, Pankreasamylas, Blodglukos.

Aktivitetsprov RED-cap enligt lokala riktlinjer

Kontroller: PEWS och blodtryck tas för att ha som utgångsvärde vid eventuell reaktion.

Anafylaxiberedskap: Ordination och läkemedel lättillgängliga. Kontrollera att sug, syrgas och larm fungerar.

Barnet ska observeras på avdelningen/dagvården under 3 timmar från infusionens start.

Vid misstanke om reaktion tillkallas läkare. Extra aktivitetsprov (RED-cap) tas så snart som möjligt och uppföljande prov enligt separat PM. Provtagning Ammoniumjon kan övervägas (på is).

Anvisningar för ordination
Ordination för behandling av eventuell svår allergisk reaktion/anafylaxi (Tavegyl/Desloratadin, Solu-Cortef och Adrenalin im) ska finnas tillgänglig.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Krisantaspas _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *0 min. efter start av kurdag*	2 tim.	_____	_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Krisantaspas _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *48 tim. efter start av rad 1, dag 1*	2 tim.	_____	_____	_____

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

1. **Krisantaspas _____ mg** 2 tim. _____ _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   48 tim. efter start av rad 1, dag 3

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

1. **Krisantaspas _____ mg** 2 tim. _____ _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   48 tim. efter start av rad 1, dag 5

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

1. **Krisantaspas _____ mg** 2 tim. _____ _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   48 tim. efter start av rad 1, dag 7

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

1. **Krisantaspas _____ mg** 2 tim. _____ _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   48 tim. efter start av rad 1, dag 9

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

1. **Krisantaspas _____ mg** 2 tim. _____ _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   48 tim. efter start av rad 1, dag 11