Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

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

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral barnregim - Sarkom

RegimID: NRB-12682

A + Dexrazoxan

Protokoll: EURAMOS
Diagnoskod: C 40, C 41

Ordination/Administrering

Dag	1	2
Dexrazoxan Intravenös infusion 375 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1
Doxorubicin Intravenös infusion 37,5 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Dexrazoxan 500 mg/ampull

finns följande alternativ (kliniklicens)

* Cardioxane : Koncentrationen ska vara 3-10 mg/ml.
* Dexrazoxan Hikma : Koncentrationen ska vara 1,3-3 mg/ml.
* Dexrazoxan Eugia : Koncentrationen ska vara 1,3-5 mg/ml.

Dosjustering rekommendation

Vid dosreduktion av Doxorubicin bör dosen Dexrazoxan reduceras (relation Doxorubicin:Dexrazoxan = 1:10)

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexrazoxan _____ mg Ges intravenöst under 15 min. *(Kan med fördel ordineras inom det koncentrationsintervall respektive Dexrazoxan substans har för att få "rätt" vätskemängd.)* *0 min. efter start av kurdag*	15 min.	_____	_____	_____
2. Doxorubicin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *0 min. efter stopp av rad 1, dag 1*	1 tim.	_____	_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Dexrazoxan _____ mg Ges intravenöst under 15 min. *24 tim. efter start av rad 1, dag 1*	15 min.	_____	_____	_____
2. Doxorubicin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *0 min. efter stopp av rad 1, dag 2*	1 tim.	_____	_____	_____