

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral barnregim - Sarkom

Behandlingsavsikt: Kurativ

Vinkristin 1,5 mg/m²

RegimID: NRB-9564

Protokoll: FaR-RMS

Ordination/Administrering

Dag	1
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²	x1

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Blodprover: Blodstatus, CRP, Neutrofila.

Dosjustering rekommendation

Patienter < 8 kg och/eller < 6 månader, se dosreduktion appendix 3 i protokollet

Patienter < 10 kg och/eller 6 - 12 månader, se dosreduktion appendix 4 i protokollet.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

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

15 min. _____