

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral barnregim - Sarkom

RegimID: NRB-9564

Vinkristin 1,5 mg/m²

Protokoll: FaR-RMS

Diagnoskod: C49.9K, C49.9M

Ordnation/Administrering

Dag	1
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)	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.	_____	_____	_____
---	---------	-------	-------	-------