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-9564

Vinkristin 1,5 mg/m2

Protokoll: FaR-RMS
Diagnoskod: C49.9K, C49.9M

Ordination/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.	_____	_____	_____