

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
VINOCYC iv (intravenöst vinorelbin)

Behandlingsavsikt:

Protokoll: iEuroEwing

RegimID: NRB-12567

Kurintervall: 28 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Vinorelbin Intravenös infusion 25 mg/m ²	x1							x1							x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Vinorelbin Intravenös infusion 25 mg/m ²								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordinationCyklofosfamid = Sendoxan, enbart 50 mg tabletter varför veckodos beräknas och fördelas. Kumulativ dos 700 mg/m²/cykelVinorelbin = Ges iv om problem att svälja kapsel. Kumulativ dos 75 mg/m²/cykel.

Det är en annan grunddos/kumulativ dos än per os regimen.

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | | |
| 2. Vinorelbin _____ mg | 15 min. | _____ | _____ | _____ |
| i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml | | | | |
| Ges intravenöst under 15 min. | | | | |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| Ges peroralt | | | | |

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

2. **Vinorelbin** _____ **mg** 15 min. _____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 15 min.

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos _____
Ges peroralt

DAG 13	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 14	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							
2. Vinorelbin _____ mg	15 min.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml							
Ges intravenöst under 15 min.							

DAG 16	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 17	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 18	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 19	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 20	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 21	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 22	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg	Morgondos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ges peroralt							

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt

DAG 28 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** Morgondos
Ges peroralt