

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

RegimID: NRB-12567

VINOCYC iv (intravenöst vinorelbin)

Protokoll: iEuroEwing

Diagnoskod: C40, C41, C49

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 (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ² (kroppsyta)	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 (kroppsyta)								
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ² (kroppsyta)	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