

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Äggstockscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

Cyklofosfamid po

RegimID: NRB-2648

Indikation: Epitelial cancer C56

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
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg	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
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll blodstatus dag 14 och 28. För behandlingsstart neutrofila > 1,5, TPK > 100, Hb ≥ 100.

Doseskalering till 100 mg totaldos dagligen kan övervägas vid respons och avsaknad av toxicitet.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila < 1,5 och/eller TPK < 100 och/eller Hb < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg
Ges peroralt**DAG 2** Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg
Ges peroralt**DAG 3** Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg**

Ges peroralt