

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Akut lymfatisk leukemi

RegimID: NRB-9631

(ALL)

NOPHO ALL-2008 HR, 18-45 år, Induktion(Dexametason- Doxorubicin-Vinkristin-PEG-asparinas,
6-mercaptopurin, Metotrexat)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m ² (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)	x1																				
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1							x1							x1						
Vinkristin Intravenös infusion 2,0 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 1,67 mg/m ² (kroppsyta)																					
Dexametason Peroral tablett 0,8 mg/m ² (kroppsyta)																					
Dexametason Peroral tablett 0,4 mg/m ² (kroppsyta)																					
Merkaptopurinmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ² (kroppsyta)																					
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta)																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Dexametason Peroral tablett 3,33 mg/m ² (kroppsyta)														
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)	x1													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)								x1						
Vinkristin Intravenös infusion 2,0 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1						
Dexametason Peroral tablett 1,67 mg/m ² (kroppsyta)	x3	x3	x3											
Dexametason Peroral tablett 0,8 mg/m ² (kroppsyta)				x3	x3	x3								
Dexametason Peroral tablett 0,4 mg/m ² (kroppsyta)							x3	x3	x3					
Meraptopurinmonohydrat Peroral tablett 25 mg/m ² (kroppsyta)									x1	x1	x1	x1	x1	x1
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta)									x1					

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Förutom rutinprover följs B-Glukos och vikt under hela induktionsbehandling.

PEG-asparaginase - Kontroll av leverprover och bukstatus.

Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion inkluderande anafylaxi. Puls och blodtryck före start.

Trombocyt infusion bör ges före intramuskulär inj av PEG-asparaginase om TPK < 30. Övervaka patienten minst 2 timmar efter given injektion.

Metotrexat - Trombocyt infusion bör ges före intratekal inj av Metotrexat om TPK är < 50x 10⁹/l.

Meraptopurinmonohydrat - Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Meraptopurinmonohydrat Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

PEG-asparaginase - ges dag 30 för patienter som skall fortsätta enligt SR/IR behandlingsarm eller som har oklart remissionsstatus.

För HR-patienter ges PEG-asparaginase ej dag 29 utan som del i A-blocket.

Meraptopurin - Startas dag 30 om ingen allvarlig infektion.

Perifera blodvärden med neutrofila $\geq 0,5 \times 10^9/l$ och/eller LPK $\geq 1,5 \times 10^9/l$. och/eller TPK $\geq 50 \times 10^9/l$ med stigande trend krävs vid start.

Dosjustering rekommendation

Vinkristin - Överväg att skjuta upp eller dosreducera om svår neurotoxicitet.

Doxorubicin - Dag 1 ges oavsett blodvärden.

Vid svår infektion dag 22 skjut upp om neutrofila $<0,2 \times 10^9/l$ och om samtidigt benmärg dag 15 visat $<5\%$ blaster.

Mercaptopurin - Dosreduceras om TPMT-brist. Rekommenderad dos vid homozygot brist $5 \text{ mg}/\text{m}^2$.

Observera att behandlingen fortsätter utan avbrott för patienter som går enligt SR/IR protokoll, se även schema från dag 36 och framåt.

Metotrexat, intratekal behandling - Dosering Metotrexat 12 mg gäller patienter utan CNS engagemang.

För patienter med CNS 2 eller 3, samt för patienter med traumatisk lumbalpunktion med verifierade blaster (TLP+), se protokoll gällande definitioner, ges trippelbehandling intratekalt och utvärdering samt riskgruppering.

Se protokoll för detaljer och riskklassificering.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1+22:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/>

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

1. Dexametason _____ mg Ges peroralt (Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)	Morgondos	_____	_____
2. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Middagsdos	_____	_____
3. Dexametason _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
5. Metotrexat _____ mg Ges intratekalt		_____	_____
6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet		_____
7. Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim.	4 tim.	_____	_____
8. Vinkristin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.	5 min.	_____	_____

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

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 5. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | _____ | _____ |
| 6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 7. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 5. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | _____ | _____ |
| 6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 7. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 6. Doxorubicin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 4 tim. | 4 tim. | _____ | _____ |
| 7. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 29 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 5. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | _____ | _____ |
| 6. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 7. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|------------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt
<i>(Om po dos inte kan intas, kan samma dosering ges iv.)</i> | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 3. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 4. Merkaptopurinmonohydrat _____ mg
Ges peroralt
<i>(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ |
| 5. Pegaspargas _____ IE
Ges intramuskulärt | | _____ | _____ |

DAG 31 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Merkaptopurinmonohydrat _____ mg
Ges peroralt
<i>(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 32 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Merkaptopurinmonohydrat _____ mg
Ges peroralt
<i>(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 33 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Merkaptopurinmonohydrat _____ mg
Ges peroralt
<i>(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 34 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Merkaptopurinmonohydrat _____ mg
Ges peroralt
<i>(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|

DAG 35 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Merkaptopurinmonohydrat _____ mg
Ges peroralt
<i>(OBS! Tas minst 1 timme före eller 2 timmar efter intag av mjölk eller mjölkprodukter. Tas kvällstid)</i> | Kvällsdos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|