

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Bröstcancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

Anastrozol

RegimID: NRB-7824

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
Anastrozol Peroral tablett 1 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
Anastrozol Peroral tablett 1 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Minimalemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Glömd dos - ta inte dubbel dos (två doser på en gång) för att kompensera för en glömd dos.

Anvisningar för ordination
Vid ökad risk för osteoporos, regelbunden kontroll av bentäthet.

DAG 1

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Anastrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 2

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Anastrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 3

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Anastrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 4

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Anastrozol _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

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

1. **Anastrozol** _____ mg
Ges peroralt

DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 16	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 17	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 18	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 19	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 20	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 21	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 22	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 23	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									
DAG 24	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Anastrozol _____ mg Ges peroralt									

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

1. Anastrozol _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Anastrozol _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Anastrozol _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. Anastrozol _____ **mg**

Ges peroralt