

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Bröstcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-6460

Cyklofosfamid-Metotrexat po

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
Metotrexat Peroral tablett 2,5 mg	x2		x2					x2		x2					x2		x2				

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 50 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	
Metotrexat Peroral tablett 2,5 mg	x2		x2					

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Blodstatus 1 gång/vecka 1:a kuren. Kan glesas ut vid följande kurer. Efterfråga symptom på cystit.

Patienten ska uppmanas att dricka mycket under behandlingen.

Dosjustering rekommendation

LPK < 3,0 och TPK < 100 - ge 50 % av Cyklofosfamid och Metotrexat.

LPK < 2,0 och TPK < 75 - gör uppehåll i behandlingen.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunkskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag->

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

3. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

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