

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, Neoadjuvant, Palliativ

Letrozol

RegimID: NRB-7826

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
Letrozol Peroral tablett 2,5 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
Letrozol Peroral tablett 2,5 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Minimalemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 3 timmar kvar till nästa planerade 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. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 2

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 3

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 4

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta

ja

nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 10	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 11	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 12	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 13	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 14	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 16	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 17	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 18	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 19	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 20	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 21	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 22	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 23	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

DAG 24	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Letrozol _____ mg Ges peroralt									

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

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

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

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

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

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt

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

1. Letrozol _____ mg

Ges peroralt