

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Hjärntumörer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

Temozolomid konkomitant med strålbehandling 40 GY (Perry)

Indikation: Glioblastom primärbehandling C71

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Temozolomid Peroral kapsel 75 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Medelemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vid kräkning efter kapselintaget får inga nya kapslar tas den dagen.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila görs 1 gång/vecka. Leverfunktionsvärden bör kontrolleras.

Antiemetika rekommenderas första behandlingsdagen, därefter vid behov.

Dosreduktion rekommendation

Behandlingen avbryts om neutrofila granulocyter < 1,5 eller TPK < 100, kan eventuellt återupptas då neutrofila granulocyter ≥ 1,5 och TPK ≥ 100.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**Temozolomid _____ mg
Ges peroralt**DAG 2** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**Temozolomid _____ mg
Ges peroralt**DAG 3** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**Temozolomid _____ mg
Ges peroralt**DAG 4** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**Temozolomid _____ mg
Ges peroralt

DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 10	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 11	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 12	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 13	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 14	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____
DAG 15	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
	Temozolomid _____ mg Ges peroralt							_____	_____

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

Temozolomid _____ **mg**

Ges peroralt

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

Temozolomid _____ **mg**

Ges peroralt

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

Temozolomid _____ **mg**

Ges peroralt

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

Temozolomid _____ **mg**

Ges peroralt

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

Temozolomid _____ **mg**

Ges peroralt

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

Temozolomid _____ **mg**

Ges peroralt
