

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-4613

FC peroral (Cyklofosfamid-Fludarabin peroral)

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 250 mg/m ²	x1	x1	x1																		
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ²	x1	x1	x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Cyklofosfamidmonohydrat Peroral tablett 250 mg/m ²								
Fludarabin Peroral tablett 40 mg/m ²								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Vid stor tumörbörda hydrering och Allopurinol.

Dosjustering rekommendation

Dosreduktion sker i första hand genom att minska antalet behandlingsdagar.

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

1. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

Ges peroralt

2. Fludarabin _____ mg

Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

Ges peroralt

2. **Fludarabin** _____ **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. **Fludarabin** _____ **mg**

Ges peroralt