

**Datum:** \_\_\_\_\_  
**Läkare:** \_\_\_\_\_  
**Kur nr:** \_\_\_\_\_  
**Längd (cm):** \_\_\_\_\_ **Vikt (kg):** \_\_\_\_\_  
**Yta (m<sup>2</sup>):** \_\_\_\_\_ **Aktuellt GFR:** \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-2407

**BFM 2004 A4-Rituximab**

Diagnoskod: C85

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Dexametason Peroral tablett 5 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										
Rituximab Intravenös infusion 375 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x1													
Ifosfamid Intravenös infusion 800 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 160 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3										
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1				x1										
Cytarabin Intratekal injektion 30 mg (standarddos)	x1				x1										
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion 10 mg (standarddos)	x1				x1										
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 15 mg (standarddos)				x1											
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)				x2	x2										
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)				x1	x1										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

### Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara  $> 7$  före start av Metotrexat, om inte ges extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

IT-trippeln ges under dag 1 respektive 5 när möjlighet finns.

### Anvisningar för ordination

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnet.

*Rituximab* - premedicinering med Paracetamol 1000 mg peroralt, Klemastin 2 mg intravenöst eller Cetirizin 10 mg peroralt. Steroider kan övervägas vid tidigare reaktion eller enligt lokal rutin.

Första infusion med Rituximab ges enligt FASS. Efter komplikationsfri infusion kan resterande kurer ges snabbare på 30 minuter.

Subkutan Rituximab i fast dos 1400 mg bör övervägas fr. o. m. andra dosen.

*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 (minst 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion).

*IT-trippel* - De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta, se referens.

*Ifosfamid - Mesna*, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 efter avslutad Ifosfamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-infusion.

#### *Metotrexat*

Hydrering före start: 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

Hydrering under behandlingen: 3 liter vätska/dygn med tillsatser av 60 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid per 1000 mL.

*Kalciumfolinat* dag 2 startas 36 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc  $< 0,1$  mikromol/L. Doserna kan ges peroralt i samma dos som i.v. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 36, 42, 48, 54 tills konc  $< 0,1$  mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och kalium till metotrexatkoncentrationen  $< 0,1$  mikromol/L.

Metotrexat-koncentrationen bör vara:

tim 24  $< 2$  mikromol/l

tim 36  $< 1$  mikromol/L

tim 42  $< 0,4$  mikromol/L

tim 48  $< 0,25$  mikromol/L

### Dosjustering rekommendation

Första block A4 ges direkt efter förbehandling (R2 patienter) oberoende av blodvärden.

Neutrofila  $< 1,0$  och TPK  $< 50$  - behandlingen skjuts upp.

### Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunkskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-5d/> utan betametason

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

- |  |           |       |       |       |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| <b>1. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 08.00)   | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| <b>2. Metotrexat _____ mg</b><br>Ges intratekalt   |           | _____ | _____ | _____ |
| <b>3. Cytarabin _____ mg</b><br>Ges intratekalt  |           | _____ | _____ | _____ |
| <b>4. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg</b><br>Ges intratekalt<br>(De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)   |           | _____ | _____ | _____ |
| <b>5. 500 ml Glukos 50 mg/ml</b><br>Intravenös infusion - hydrering<br>(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 11.30)  | 1 tim.    | _____ | _____ | ..... |
| <b>6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b><br>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet   |           | _____ | _____ | ..... |
| <b>7. Tablett/Injektion Antiemetika</b><br>_____<br>_____  |           | _____ | _____ | ..... |
| <b>8. Vinkristin _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br>(Start kl 12.30)   | 30 min.   | _____ | _____ | _____ |
| <b>9. Ifosamid _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 60 min.<br>(Start kl 13.00.)  | 60 min.   | _____ | _____ | _____ |
| <b>10. Mesna _____ mg</b><br>Ges intravenöst under 3 min.<br>(Start kl 13.00. Ges vid start av Ifosamid infusion.<br>Kan också blandas i infusionen.)  | 3 min.    | _____ | _____ | _____ |
| <b>11. U-pH <math>\geq 7</math> före start av Metotrexat</b>   |           | _____ | _____ | ..... |
| <b>12. Metotrexat _____ mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 4 tim.<br>(Start kl 14.00, T 0)   | 4 tim.    | _____ | _____ | _____ |
| <b>13. 1000 ml Glukos 50 mg/ml</b><br>Intravenös infusion - hydrering<br>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 mL Natriumbikarbonat 50 mg/mL) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00) | 8 tim.    | _____ | _____ | ..... |

Fortsätter på nästa sida

**DAG 1**  
**Forts.**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

<b>14. Mesna _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.00.)		3 min.	_____	_____	_____
<b>15. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Morgondos		_____	_____	_____
<b>16. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)		8 tim.	_____	_____	.....
<b>17. Mesna _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 22.00)		3 min.	_____	_____	_____

DAG 2	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 06.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
2.	<b>Dexametason</b> _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 08.00)</i>		Morgondos		_____	_____	_____
3.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
4.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
5.	<b>Rituximab</b> _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
6.	<b>Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24</b>				_____	.....	
7.	<b>Ifosfamid</b> _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. <i>(Start kl 14.00.)</i>			60 min.	_____	_____	_____
8.	<b>Mesna</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
9.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
10.	<b>Mesna</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 19.00)</i>			3 min.		_____	_____
11.	<b>Dexametason</b> _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00)</i>		Morgondos		_____	_____	_____
12.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i>			8 tim.	_____	_____	.....
13.	<b>Mesna</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges kl 23.00)</i>			3 min.	_____	_____	_____

DAG 3	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
<b>1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36</b>					_____	.....	
<b>2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 02.00)				3 min.	_____	_____	_____
<b>3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)				8 tim.	_____	_____	.....
<b>4. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42</b>					_____	.....	
<b>5. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 08.00)			Morgondos		_____	_____	_____
<b>6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 08.00)				3 min.	_____	_____	_____
<b>7. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48</b>					_____	.....	
<b>8. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 14.00)				3 min.	_____	_____	_____
<b>9. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml</b> <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>						_____	.....
<b>10. Tablett/Injektion Antiemetika</b> _____ _____						_____	.....
<b>11. Ifosfamid _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. (Start kl 14.00)				60 min.	_____	_____	_____
<b>12. Mesna _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Start kl 14.00. Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)				3 min.	_____	_____	_____
<b>13. 1000 ml Glukos 50 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)				8 tim.	_____	_____	.....
<i>Fortsätter på nästa sida</i>							

**DAG 3****Forts.**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

<b>14. Mesna _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 19.00)	3 min.	_____	_____	_____
<b>15. Dexametason _____ mg</b> Ges peroralt (Ges kl 20.00)	Morgondos	_____	_____	_____
<b>16. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 20.00)	3 min.	_____	_____	_____
<b>17. 1000 ml Glukos 50 mg/ml</b> <i>Intravenös infusion - hydrering</i> (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)	8 tim.	_____	_____	.....
<b>18. Mesna _____ mg</b> Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 23.00)	3 min.	_____	_____	_____

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

**1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60**

\_\_\_\_\_ .....

**2. Kalciumfolinat (vattenfritt) \_\_\_\_\_ mg**

3 min.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl 02.00)

**3. Dexametason \_\_\_\_\_ mg**

Morgondos

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ges peroralt

(Ges kl 08.00)

**4. Kl 08.00 - Om fördröjd Metotrexat-utsöndring, läkarkontakt eller lokal rutin!**

\_\_\_\_\_ .....

**5. 1000 ml Glukos 50 mg/ml**

6 tim.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ .....

Intravenös infusion - hydrering

(kl 08.00 - Om Metotrexat-utsöndring ok, annars läkarkontakt eller lokal rutin)

**6. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

\_\_\_\_\_ .....

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

**7. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_ .....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Cytarabin \_\_\_\_\_ mg**

30 min.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

(Start kl 08.00)

**9. Etoposid \_\_\_\_\_ mg**

60 min.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Start kl 08.30)

**10. Ifosfamid \_\_\_\_\_ mg**

60 min.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Start kl 09.30)

**11. Mesna \_\_\_\_\_ mg**

3 min.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ges intravenöst under 3 min.

(Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosfamid infusion.

Kan också blandas i infusionen.)

**12. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

6 tim.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ .....

Intravenös infusion - hydrering

(Start kl 14.00)

**13. Mesna \_\_\_\_\_ mg**

3 min.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges kl. 14.30)

Fortsätter på nästa sida

**DAG 4****Forts.**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |           |       |       |       |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| <b>14. Mesna _____ mg</b><br>Ges intravenöst under 3 min.<br>(Ges kl 18.30)  | 3 min.    | _____ | _____ | _____ |
| <b>15. Dexametason _____ mg</b><br>Ges peroralt<br>(Ges kl 20.00)  | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| <b>16.</b> 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>   |           |       | _____ | ..... |
| <b>17. Cytarabin _____ mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br>(Start kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)) | 30 min.   | _____ | _____ | _____ |

DAG 5	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	<b>Dexametason</b> _____ mg			Morgondos	_____	_____	_____
	Ges peroralt (Ges kl 08.00)						
2.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet					_____	.....
3.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	.....
4.	<b>Cytarabin</b> _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. (Start kl 08.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))			30 min.	_____	_____	_____
5.	<b>Etoposid</b> _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. (Start kl 08.30)			60 min.	_____	_____	_____
6.	<b>Ifosamid</b> _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min. (Start kl 09.30)			60 min.	_____	_____	_____
7.	<b>Mesna</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Start kl 09.30. Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)			3 min.	_____	_____	_____
8.	1000 ml Glukos 50 mg/ml Intravenös infusion - hydrering (Start kl 10.30)			2 tim.	_____	_____	.....
9.	<b>Metotrexat</b> _____ mg Ges intratekalt					_____	_____
10.	<b>Cytarabin</b> _____ mg Ges intratekalt					_____	_____
11.	<b>Prednisolonnatriumsuccinat</b> _____ mg Ges intratekalt (De intratekala läkemedlen kan blandas och ges i samma spruta)					_____	_____
12.	<b>Mesna</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 14.30)			3 min.	_____	_____	_____
13.	<b>Mesna</b> _____ mg Ges intravenöst under 3 min. (Ges kl 18.30)			3 min.	_____	_____	_____
Fortsätter på nästa sida							

**DAG 5**

Forts.

Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |                              |         |  |  |  |
|---|------------------------------|---------|--|--|--|
| <b>14. Dexametason</b> _____ <b>mg</b>  | Morgondos                    |         |  |  |  |
| Ges peroralt<br>(Ges kl 20.00)  |                              |         |  |  |  |
| <b>15.</b>  | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml |         |  |  |  |
| Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet  |                              |         |  |  |  |
| <b>16. Cytarabin</b> _____ <b>mg</b>  |                              | 30 min. |  |  |  |
| i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.<br>(Ges kl 20.00 (Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.)) |                              |         |  |  |  |

**DAG 6**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 7**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 8**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 9**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 10**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 11**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 12**Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Filgrastim</b> _____ <b>ME</b> |  |  |  |  |  |
| Ges subkutant                        |  |  |  |  |  |

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_