

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

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

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-292

**Cisplatin-Gemcitabin (GDP)**

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1							x1														
Cisplatin Intravenös infusion 75 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Prednison Peroral tablett 100 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1																		

Högemetogen.

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

**Villkor och kontroller för administration**

Under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska.

Vikt - vid viktökning &gt; 2 kg ges furosemid.

**Anvisningar för ordination**

Prednison fast dos 100 mg.

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

**1. Prednison \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

**2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

**3. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Gemcitabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

**5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Intravenös infusion - prehydrering*

1 tim.

**6. Cisplatin \_\_\_\_\_ mg**

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

1 tim.

**7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Intravenös infusion - posthydrering*

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Prednison \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

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

**1. Prednison \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

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

**1. Prednison \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

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

**1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*

**2. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Gemcitabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.