

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-3001

**Cisplatin-Gemcitabin (GDP)**

Diagnoskod: C81-C86

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**

Vikt eller diureskontroll.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod- och elektrolytstatus inklusive kreatinin.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

*Cisplatin* - under behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.

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

- |   |  |         |       |       |
|---|--|---------|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt   |  |         | _____ | _____ |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>      |  |         | _____ | ..... |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |  |         | _____ | ..... |
| 4. <b>Gemcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. |  | 30 min. | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>                           |  | 2 tim.  | _____ | ..... |
| 6. <b>Cisplatin</b> _____ <b>mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.  |  | 1 tim.  | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - posthydrering</i>                          |  | 1 tim.  | _____ | ..... |

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Prednison</b> _____ <b>mg</b><br>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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>      |  |         | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |  |         | _____ | ..... |
| 3. <b>Gemcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. |  | 30 min. | _____ | _____ |