Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-194

DHAP (Cisplatin-Cytarabin)

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
Cisplatin Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Cytarabin Intravenös infusion 2000 mg/m^2 (kroppsyta)		x2																				
Dexametason Peroral tablett 40 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1																		

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Totalt minst 4 liter i.v. vätska dygn 1 och 2. Det perorala vätskeintaget minst 2-3 liter dag 3-6.

Forcerad diures och elektrolytkorrigering. Obs! njurfunktion.

Anvisningar för ordination

Dexametason tablett 40 mg kan bytas mot Betametason 32 mg.

Cytarabin ges var 12:e timme.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	2 tim.		_____	.....
5. Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____
6. 2000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - ges parallellt*	24 tim.		_____	.....

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - posthydrering*	2 tim.		_____	.....
5. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.		_____	_____
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	6 tim.		_____	.....
7. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.		_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexametason _____ mg Ges peroralt			_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexametason _____ mg** _____ _____
   Ges peroralt