

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-3007

Etoposid vid HLH

Diagnoskod: C85

Kurintervall: 7 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	Ny kur dag 8
Etoposid Intravenös infusion 75 mg/m ² (kroppsyta)	x1							
Dexametason Peroral tablett 10 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination*Dos Etoposid:*18-39 år - 75 - 100 mg/m²≥ 40 år - 50 - 75 mg/m²

Dexametason kan ersättas med Betametason i samma doser.

Dosjustering rekommendation*Albumin*

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75 % pga högre biotillgänglighet.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1-7:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Dexametason _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet | | _____ | |
| 3. Etoposid _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |

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

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

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

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

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

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

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

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

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

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

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