

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-321

**Gemcitabin-Oxaliplatin (GEMOX)**

Diagnoskod: C81-C86

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Gemcitabin Intravenös infusion 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														
Oxaliplatin Intravenös infusion 100 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														

Medelemetogen.

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

**Anvisningar för ordination**

Vid neuropatier ges oxaliplatin med längre infusionstid, 4 timmar.

**DAG 1** 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> _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 min. |  |  |  |  |  |
| 4. <b>Oxaliplatin</b> _____ mg<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 tim.  |  |  |  |  |  |