

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-1137

Wollner Induktion konsolidering

Diagnoskod: C84

Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta) | | | x1 | | | | | | | x1 | | | | | | | x1 | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | x1 | x1 | | | | | | | | |
| Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos) | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta) | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos) | | | | | | x1 | | | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | x1 | x1 |
| Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | x1 | x1 |
| Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | |
| Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | |
| Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dag | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos) | | | | | | x1 | | x1 | | | | | |
| Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | |
| Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | | | | | | x1 |

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Pegaspargas - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Doxorubicin - starkt vävnadsretande.

Vikt eller diureskontroll dag 1-3.

Anvisningar för ordination

Dagliga prover enligt Wollner, dag 1-3: Na, K, Ca, Urat, P

Metotrexat it, dosen beror på ålder!

< 1 år, dos 6 mg

> 1 - < 2 år, dos 8 mg

> 2 - < 3 år, dos 10 mg

> 3 år, dos 12 mg

Hydrering under behandlingen, dygn 1 och 2: 4 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Doxorubicin - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni, hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m².

Prednison - dosen trappas ner under den sista veckan.

Dosjustering rekommendation

Under induktion, ingen dosreduktion.

Under konsolidering (gäller Cytarabin och Tioguanin):

LPK < 1,5 - dosreducera till 50 % av doserna.

LPK < 1,0 - behandlingen skjuts upp.

Antiemetika

Dag 1+12-13: Steg 4, 1 dgr. Dag 34-38+41-45+48-52: Steg 3, 1 dgr. Dag 55: Steg 2a, 1 dgr. Dag 76: Steg 7, 1 dgr.

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

| | | | | |
|--|--|---------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  | _____ | ..... |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  |  | _____ | ..... |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |
| 5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |
| 8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |

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

| | | | | |
|--|--|--------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  |  | _____ | ..... |
| 3. Provtagning enligt Wollner |  |  | ..... |  |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |
| 5. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |
| 7. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i> | | 6 tim. | _____ | ..... |

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

| | | | | |
|---|--|---------|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  |  | _____ | ..... |
| 3. Provtagning enligt Wollner |  |  | ..... |  |
| 4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  |  | _____ | ..... |
| 5. Vinkristin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | _____ | _____ |

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

| | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Prednison _____ mg Ges peroralt | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 7 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. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 29 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

DAG 34 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 35 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 36 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 37 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 38 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 41 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 42 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 43 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 44 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 45 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 48 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 49 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 50 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 51 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 52 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|---------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ |  | _____ | ..... |
| 3. Cytarabin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 55 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|--|-------|-------|
| 1. Pegaspargas _____ IE Ges intramuskulärt | | _____ | _____ |
|---|--|-------|-------|

DAG 69 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Metotrexat** _____ **mg**
Ges intratekalt

DAG 72 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Metotrexat** _____ **mg**
Ges intratekalt

DAG 76 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. **Karmustin** _____ **mg**
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min.

60 min.
