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 - Myelom

RegimID: NRB-5469

Cyklofosfamid stamcellsmobilisering

Diagnoskod: C90

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 2000 mg/m^2 (kroppsyta)	x1										
Mesna Intravenös injektion 400 mg/m^2 (kroppsyta)	x1										
Mesna Peroral tablett 800 mg/m^2 (kroppsyta)	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Cyklofosfamid. Efterföljande doser ges timme 2 och 6. Om de ges i.v. halveras dosen till 400 mg/m2 och ges timme 4 och 8 efter Cyklofosfamid.

Prehydrering med 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml och posthydrering med 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml samt rikligt med dryck.

GCS-F ges tills stamcellsskörden är klar.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
   _____ .....

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml — 2 tim.
   Intravenös infusion - prehydrering
   _____ .....

4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** — 1 tim.
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.
   _____ _____

5. **Mesna** _____ **mg** — 3 min.
   Ges intravenöst under 3 min.
   (Ges strax före eller samtidigt som infusion Cyklofosfamid startas.)
   _____ _____

6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml — 1 tim.
   Intravenös infusion - posthydrering
   _____ .....

7. **Mesna** _____ **mg**
   Ges peroralt
   (Ges 2 timmar efter start av infusion med Cyklofosfamid.)
   _____ _____

8. **Mesna** _____ **mg**
   Ges peroralt
   (Ges 6 timmar efter start av infusion med Cyklofosfamid.)
   _____ _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant