

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Myelom

Behandlingsavskikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-5469

Cyklofosfamid stamcellsmobilisering**Ordination/Administrering**

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 2000 mg/m ²	x1										
Mesna Intravenös injektion 400 mg/m ²	x1										
Mesna Peroral tablett 800 mg/m ²	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				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 stamcellsskördens är klar.

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
Intravenös infusion - prehydrering 2 tim. _____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. 1 tim. _____
5. **Mesna** _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(*Ges strax före eller samtidigt som infusion Cyklofosfamid startas.*) 3 min. _____
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - posthydrering 1 tim. _____
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