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-7670

Melfalan-Prednisolon (MP)

Diagnoskod: C90

Kurintervall: 35 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Melfalan Peroral tablett 0,25 mg/kg (kroppsvikt)	x1	x1	x1	x1																	
Prednisolon Peroral tablett 2 mg/kg (kroppsvikt)	x1	x1	x1	x1																	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	Ny kur dag 36
Melfalan Peroral tablett 0,25 mg/kg (kroppsvikt)															
Prednisolon Peroral tablett 2 mg/kg (kroppsvikt)															

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Melfalan Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas en halv timme före måltid

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus med kreatinin. För behandlingsstart neutrofila $>$ 1,5 och TPK $>$ 100. Vid lägre värden skjuts behandlingen upp 1-2 veckor.

Vid kvarstående cytopeni ges reducerad dos av Melfalan.

Prednisolon dos vanligen 100 mg.

Dosjustering rekommendation

Kontroll av blodstatus 2-3 veckor efter kurstart.Melfalan - upptag varierar mellan olika individer.

NADIR-värde för neutrofila $>$ 2,0 och TPK $>$ 100 - öka Melfalandosen i nästa kur med 25-30 %.

NADIR-värde för neutrofila $<$ 0,5 och TPK $<$ 50 - minska Melfalandosen i nästa kur med 25-30 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/
(behandlingsdagarna)

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

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednisolon** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt