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-2712

Melfalan-Prednison (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																	
Prednison 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)															
Prednison 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.

Prednison 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 %.

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt
2. **Melfalan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt