

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____
Yta (m²): _____ **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 Melfaladosen i nästa kur med 25-30 %.

NADIR-värde för neutrofila < 0,5 och TPK < 50 - minska Melfaladosen 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