

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Stödregim
Pegfilgrastim subcutant (G-CSF)

Behandlingsavsikt:

RegimID: NRB-9734

Ordination/Administrering

Dag	1
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg	

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikainfusion.

Tas med fördel på kvällen.

Injektionerna administreras subkutant tex. i låret, buken eller överarmen.

Anvisningar för ordination

Biverkningar i form av influensaliknande symtom, växtvärk i ben, kan avhjälpas med exempelvis Paracetamol 1000 mg vid behov.

Dosjustering rekommendation**DAG 2** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Pegfilgrastim _____ mg	Kvällsdos	_____	_____
Ges subkutant			