

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Stödregim

Behandlingsavsikt:

RegimID: NRB-9734

Pegfilgrastim subcutant (G-CSF)**Ordination/Administrering**

Dag	1
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)	

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 subkutan 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**
Ges subkutan

Kvällsdos
