

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Trofoblastsjukdomar

Behandlingsavsikt: Kurativ

Metotrexat im

RegimID: NRB-6402

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Metotrexat Intramuskulär injektion 50 mg	x1		x1		x1		x1								
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg		x1		x1		x1		x1							

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Tablett Kalciumfolinat tas 24 timmar efter given inj Metotrexat.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, leverstatus och kreatinin samt hCG. För behandlingsstart neutrofila > 1.5, LPK > 2,5, TPK > 100, Hb > 100.

Dagligt vätskeintag på cirka 1,5 liter rekommenderas.

Dosjustering rekommendation

hCG skall halveras mellan varje kur. Vid platå eller stegring av hCG överväg terapibyte.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Metotrexat _____ mg**
Ges intramuskulärt**DAG 2** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
Ges peroralt
(24 timmar efter given Metotrexatinjektion.)**DAG 3** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****1. Metotrexat _____ mg**
Ges intramuskulärt

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

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(24 timmar efter given Metotrexatinjektion.)

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Metotrexat _____ mg

Ges intramuskulärt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(24 timmar efter given Metotrexatinjektion.)

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Metotrexat _____ mg

Ges intramuskulärt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(24 timmar efter given Metotrexatinjektion.)