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 - Trofoblastsjukdomar

RegimID: NRB-6402

Metotrexat im

Diagnoskod: C55

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 (standarddos)	x1		x1		x1		x1								
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		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.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/

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.)