

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Trofoblastsjukdomar

Behandlingsavsikt: Kurativ

Metotrexat po

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 Peroral tablett 10 mg	x1	x1	x1	x1	x1										

Lågemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- leverstatus och kreatinin samt hCG.

Blodstatus 1 gång/vecka 1:a kuren. Kan glesas ut vid följande kurer.

Dosreduktion rekommendation

hCG-värdet ska minst halveras efter varje kur. Vid platå eller stegring av hCG överväges terapibyten enligt gällande riktlinjer.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Metotrexat _____ **mg**
 Ges peroralt

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

Metotrexat _____ **mg**
 Ges peroralt

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Metotrexat _____ **mg**
 Ges peroralt

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Metotrexat _____ **mg**
 Ges peroralt

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Metotrexat _____ **mg**
 Ges peroralt