

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Trofoblasterjukdomar

RegimID: NRB-6399

Metotrexat po

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 Peroral tablett 10 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1										

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Metotrexat Peroral tablett

Doseriing i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- leverstatus och kreatinin samt hCG.

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

Dosjustering rekommendation

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

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 peroralt

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

1. **Metotrexat** _____ **mg**
 Ges peroralt

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

1. **Metotrexat** _____ **mg**
 Ges peroralt

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

1. Metotrexat _____ **mg**
Ges peroralt

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

1. Metotrexat _____ **mg**
Ges peroralt