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-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
Dosering 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 överväges terapibyte 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			_____	_____