

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-9542

GMALL Förbehandling - Cyklofosamid-Prednisolon

Diagnoskod: C83.7

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 200 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1
Prednisolon Peroral tablett 20 mg/m ² (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination
Vid stor tumörbörda och risk för tumörlöslig vätsketillförsel ges god vätsketillförsel samt Allopurinol och vid behov Rasburikas (Fasturtec).
Prednisolon - tabletter finns i styrkor 2,5 mg, 5 mg och 10 mg. Dosen avrundas uppåt.

DAG 1

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta ja nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. Prednisolon _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....

3. Tablett/Injektion Antiemetika

.....

4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

1 tim.

5. Prednisolon _____ mg

Ges peroralt

Middagsdos

6. Prednisolon _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 6. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 6. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 6. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|------------|-------|-------|
| 1. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Cyklofosamidmonohydrat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 5. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Middagsdos | _____ | _____ |
| 6. Prednisolon _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |