

**Datum:** \_\_\_\_\_  
**Läkare:** \_\_\_\_\_  
**Kur nr:** \_\_\_\_\_  
**Längd (cm):** \_\_\_\_\_ **Vikt (kg):** \_\_\_\_\_  
**Yta (m<sup>2</sup>):** \_\_\_\_\_ **Aktuellt GFR:** \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Antitumoral regim - Myelom

RegimID: NRB-5469

**Cyklofosfamid stamcellsmobilisering**

Diagnoskod: C90

**Ordination/Administrering**

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 2000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1										
Mesna Intravenös injektion 400 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1										
Mesna Peroral tablett 800 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Anvisningar för ordination**

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Cyklofosfamid. Efterföljande doser ges timme 2 och 6. Om de ges i.v. halveras dosen till 400 mg/m<sup>2</sup> och ges timme 4 och 8 efter Cyklofosfamid.

Prehydrering med 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml och posthydrering med 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml samt rikligt med dryck.

GCS-F ges tills stamcellsskörden är klar.

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

- |   |        |  |       |       |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____   |        |  | _____ | ..... |
| 2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                                      |        |  | _____ | ..... |
| 3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>   | 2 tim. |  | _____ | ..... |
| 4. <b>Cyklofosfamidmonohydrat</b> _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim.                           | 1 tim. |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges intravenöst under 3 min.<br><i>(Ges strax före eller samtidigt som infusion Cyklofosfamid startas.)</i> | 3 min. |  | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - posthydrering</i>  | 1 tim. |  | _____ | ..... |
| 7. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 2 timmar efter start av infusion med Cyklofosfamid.)</i>                            |        |  | _____ | _____ |
| 8. <b>Mesna</b> _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 6 timmar efter start av infusion med Cyklofosfamid.)</i>                            |        |  | _____ | _____ |

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ ME<br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Filgrastim \_\_\_\_\_ ME**

Ges subkutant

\_\_\_\_\_