

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Stödregim

RegimID: NRB-7453

Dexrazoxan (Savene vid extravasering)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3
Dexrazoxan Intravenös infusion 1000 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	
Dexrazoxan Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)			x1

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Blodstatus, kreatinin, clearance (Cystatin C, Iohexol, kreatininclearance eller motsvarande), elektrolyter, levervärden.
 Infusion sätts i en extremitet eller område annat än det som är drabbat av extravasering.

Nedkylningsåtgärder, som till exempel isförpackningar, skall ha tagits bort från området med extravasering minst 15 minuter före administreringen av Dexrazoxan för att möjliggöra ett tillräckligt blodflöde.

Anvisningar för ordination

Kontroll av levervärden viktigt inför administrering hos patienter med känd leverfunktionsstörning.

Dosjustering rekommendation

Om kreatininclearance <40 ml/min ska Dexrazoxan-dosen sänkas med 50 %.

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

- | | | | | | | |
|---|---------|--|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | | |
| 2. Dexrazoxan _____ mg
Ges intravenöst under 60 min.
<i>(Dos ett ges så snart efter extravasering som möjligt. Doser på dag 2-3 ges på samma tidpunkt på dygnet (+/- 3 timmar) som dos ett.)</i> | 60 min. | | | | | |

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

- | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | _____ | |
| 2. Dexrazoxan _____ mg
Ges intravenöst under 60 min.
<i>(Doser på dag 2-3 ges på samma tidpunkt på dygnet (+/- 3 timmar) som dos ett.)</i> | 60 min. | _____ | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | _____ | |
| 2. Dexrazoxan _____ mg
Ges intravenöst under 60 min.
<i>(Doser på dag 2-3 ges på samma tidpunkt på dygnet (+/- 3 timmar) som dos ett.)</i> | 60 min. | _____ | _____ | _____ | _____ |