

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Huvud- och halscancer

RegimID: NRB-741

Metotrexat veckovis

Diagnoskod: C00-C14

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Ny kur dag 22	
Metotrexat Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)	x1							x1							x1								

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Blodstatus och S-kreatinin. Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, iohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

Dosjustering rekommendation

Om LPK ≤ 3,0 och TPK ≤ 100 stryks kuren. Vid ev dossänkning bibehålles denna dos resterande kurer.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- \(dag 1,8,15\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag- (dag 1,8,15))

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

- | | | |
|--|--------|-------|
| 1. 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ |

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

- | | | | |
|--|--------|-------|-------|
| 1. 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--------|-------|-------|
| 1. 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |