

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-1137

Wollner Induktion konsolidering

Diagnoskod: C84

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)	x1																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)			x1							x1							x1				
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)												x1	x1								
Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)					x1																
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)																					
Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta)																					
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta)																					
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta)																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)																						
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)			x1																			
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)																						
Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)						x1			x1													
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)													x1	x1	x1	x1	x1				x1	x1
Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta)													x1	x1	x1	x1	x1				x1	x1
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta)																						
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta)																						

Dag	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)																						
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)																						
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)																						
Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta)																						
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)																						
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1			x1	x1	x1	x1	x1												
Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1			x1	x1	x1	x1	x1												
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta)													x1									
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta)																						

Dag	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)													
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ² (kroppsyta)													
Doxorubicin Intravenös infusion 40 mg/m ² (kroppsyta)													
Prednison Peroral tablett 60 mg/m ² (kroppsyta)													
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)						x1		x1					
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)													
Tioguanin Peroral tablett 75 mg/m ² (kroppsyta)													
Pegaspargas Intramuskulär injektion 1000 IE/m ² (kroppsyta)													
Karmustin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta)													x1

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Pegaspargas - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Doxorubicin - starkt vävnadsretande.

Vikt eller diureskontroll dag 1-3.

Anvisningar för ordination

Dagliga prover enligt Wollner, dag 1-3: Na, K, Ca, Urat, P

Metotrexat it, dosen beror på ålder!

< 1 år, dos 6 mg

> 1 - < 2 år, dos 8 mg

> 2 - < 3 år, dos 10 mg

> 3 år, dos 12 mg

Hydrering under behandlingen, dygn 1 och 2: 4 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Doxorubicin - Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni, hjärtsjukdom) max ackumulerad dos 450 mg/m².

Prednison - dosen trappas ner under den sista veckan.

Dosjustering rekommendation

Under induktion, ingen dosreduktion.

Under konsolidering (gäller Cytarabin och Tioguanin):

LPK < 1,5 - dosreducera till 50 % av doserna.

LPK < 1,0 - behandlingen skjuts upp.

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....
5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____
6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....
7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....
8. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kaliumklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. Provtagning enligt Wollner			.....
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....
5. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....
7. 1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 50 mmol och Kali- umklorid 20 mmol.)</i>		6 tim.	_____	.....

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

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. Provtagning enligt Wollner			.....
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
5. Vinkristin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.		30 min.	_____	_____

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Prednison _____ mg Ges peroralt			_____	_____
--	--	--	-------	-------

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Doxorubicin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min. _____

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt _____

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

3. Tablett/Injektion Antiemetika

4. **Vinkristin** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 29 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 30 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Prednison** _____ **mg**

Ges peroralt

2. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

DAG 34 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 35 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 36 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 37 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 38 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 41 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 42 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 43 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 44 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 45 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 48 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 49 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 50 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 51 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 52 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. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  | _____ | ..... |

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |
| 4. Tioguanin _____ mg
Ges peroralt | | _____ | _____ |

DAG 55 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Pegaspargas _____ IE
Ges intramuskulärt | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 69 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

DAG 72 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Metotrexat** _____ **mg**

Ges intratekalt

DAG 76 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

.....

2. Tablett/Injektion Antiemetika

.....

3. **Karmustin** _____ **mg**

i 500 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

60 min.
