

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Dacarbazin

Inf Dacarbazin	850 mg/m ²	Dag 1
----------------	-----------------------	-------

Inför kur 1: Blodstatus, inkl Neutr, Krea.

Inför varje kur: Blodstatus, inkl Neutr.

Cykelintervall 21 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 4.

OBS! Olika infusionstid beroende på infart som används. Ringa in det alt. som används.

DAG 1

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign

Inj Ondansetron 8 mg iv

Inj Betapred 8 mg iv

Inf Dacarbazin _____ mg iv i 500 ml NaCl.

Inf.tid (central infart) 30 min eller

Start

Inf.tid (perifert infart) 2 tim

Stopp

Peroral profylax

Ssk.sign Läk.sign

Antiemetikaschema nr 4.

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____