

Datum: \_\_\_\_\_  
Kur: \_\_\_\_\_  
Yta: \_\_\_\_\_

Patientdata

**MFL**  
(head-neck)

Inf Methotrexat	250 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1
Inf 5FU	500 mg/m <sup>2</sup>	Dag 1-2
T/inj Kalciumfolinat	15 mg	Start 24 tim efter Mtx-start
Natriumbikarbonat	2 g x 1	Kvällen före kur
Natriumbikarbonat	1 g x 4 var 6:e timma	Dag 1-2

**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr. Krea, Cystatin C.  
Kalciumfolinat 15 mg iv/po ges var sjätte timme, med start timme 24.  
**Om GFR < 60 ml/min** gives inte Methotrexat.  
**Cykelintervall:** 14 dagar.  
**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 1.

**Kvällen före**

**Ssk.sign Läk.sign**

**T. Natriumbikarbonat 2 g** kl \_\_\_\_\_

**DAG 1**

beställs till kl \_\_\_\_\_ avvakta ja nej

**Ssk.sign Läk.sign**

**T Natriumbikarbonat 1 g x 4** kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_  
kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_

**Inj Betapred 4 mg iv**

**Inf Methotrexat** \_\_\_\_\_ mg iv i 1000 ml Glucos 5%, Inf.tid 2 tim

Start \_\_\_\_\_  
Stopp \_\_\_\_\_

**Inj 5FU** \_\_\_\_\_ mg iv bolus, inj tid 2-4 min

**Skriv in på Dag 2** vilken tid Kalciumfolinatschemat startar (=24 tim efter start av Mtx infusion)

**DAG 2**

**Ssk.sign Läk.sign**

**T. Natriumbikarbonat 1 g x 4** kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_  
kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_ kl \_\_\_\_\_ sign \_\_\_\_\_

Riklig dryck po.

23 tim efter start av Mtx-infusion ges:

**Inj Betapred 4 mg iv** } kl \_\_\_\_\_  
**Inj 5FU** \_\_\_\_\_ mg iv bolus, inj tid 2-4 min

**24 timmar efter start av Mtx-infusion**, dvs kl \_\_\_\_\_ ges första Kalciumfolinatdosen, sedan var sjätte timme, totalt 7 doser.

Datum: _____	Inj Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____
Datum: _____	T Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____
Datum: _____	T Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____
Datum: _____	T Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____
Datum: _____	T Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____
Datum: _____	T Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____
Datum: _____	T Kalciumfolinat 15 mg kl _____	Givet _____

Godkänt av: \_\_\_\_\_ Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

MAE/LC 111214