

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

SOVA (Lungca)

Inf Doxorubicin	50 mg/m ²	Dag 1
Inf Cyklofosfamid	750 mg/m ²	Dag 1
Inf Metotrexat	100 mg/m ²	Dag 1
Inj/T Kalciumfolinat	15 mg x 8, var sjätte tim	Start 24 tim efter avslutad Mtx inf
Inf Vinkristin	2 mg totaldos	Dag 1

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

Inför kur 1 och 2: Krea.

Cykelintervall: 21 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 4.

DAG 1 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv _____

Inj Betapred 8 mg iv _____

Inf Doxorubicin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 1 tim

Start _____

Stopp _____

Inf Cyklofosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 20 min

Start _____

Stopp _____

Inf Metotrexat _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim

Start _____

Stopp _____

Inf Vinkristin 2 mg iv i 100 ml NaCl. Inf.tid 5 min

24 tim efter avslutad Mtx inf. dvs kl _____ ges första Kalciumfolinatdosen, sedan var sjätte timme

Datum _____ Inj Kalciumfolinat 15 mg iv kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Datum _____ T Kalciumfolinat 15 mg po kl _____

Givet _____

Peroral profylax

Ssk.sign **Läk.sign**

Antiemetikaschema nr 4.

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____