

1/2 Singel MTX CNS-profylax

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

Singel MTX CNS-profylax

(Lymfom)

T Natriumbikarbonat	2 g x 4/dag	Dag 0, 1, 2, 3
Inf Methotrexat	3000 mg/m ² 2 tim < 60 år	Dag 1
Inf Methotrexat	1500 mg/m ² 2 tim 60-65 år	Dag 1
Inj Kalciumfolinat	15 mg	Start 24 tim efter avslutad Mtx inf

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr.

Under kur:

Mtx koncentration tim (efter Mtx start) 2, 26, 50, 62, 74.

Kalciumfolinat 15 mg po/iv ges var sjätte timme tills Mtx konc <0.2 µmol/L och därefter ytterligare 4 ggr.

Tabl Natriumbikarbonat 2 g x 4 i fyra dagar.

U- pH vid varje miktionstillfälle. Innan start skall urin-pH vara ≥ 7. Om U-pH <7 ge Inf

Natriumbikarbonat 100 ml iv. Anv separat lista.

Mellandagsprover: Blst dag 8, 10 och 12.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 3.

DAG 0

Ssk.sign Läk.sign

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 po

kl _____ sign _____ kl _____ sign _____ kl _____ sign _____ kl _____ sign _____

DAG 1

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign

T. Natriumbikarbonat 2 g x 4 po kl _____ kl _____ kl _____ kl _____
sign _____ sign _____ sign _____ sign _____

Premed per os tas 1 tim före behandling

T/Inj Ondansetron 8 mg po _____

T/Inj Betapred 8 mg po _____

Inf NaCl 1000 ml iv. Inf tid 2 tim _____

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

Start _____

Stopp _____

Skriv in på Dag 2 vilken tid Kalciumfolinatschemat startar =24 tim efter avslutad Mtx infusion

Peroral profylax

Ssk.sign Läk.sign

Antiemetikaschema nr 3.

Mtx konc

Datum/Sign

Tim 2=	_____ µmol/L	kl _____	_____
Tim 26=	_____ µmol/L	kl _____	_____
Tim 50=	_____ µmol/L	kl _____	_____
Tim 62=	_____ µmol/L	kl _____	_____
Tim 74=	_____ µmol/L	kl _____	_____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2 beställs till kl _____ **Ssk.sign Läk.sign**

T. Natriumbikarbonat 2 g x 4 po	kl _____	kl _____	kl _____	kl _____	_____
	sign _____	sign _____	sign _____	sign _____	
24 tim efter avslutad Mtx inf. Dvs kl _____ ges första Kalciumfolinatdosen, sedan var sjätte timme tills Mtx konc <0,2 µmol/L och därefter ytterligare 4 doser					
Datum: _____	Inj Kalciumfolinat 15 mg iv	kl _____		Givet _____	
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 _____	

DAG 3 **Ssk.sign Läk.sign**

T Natriumbikarbonat 2 g x 4 po	_____
kl _____ sign _____	kl _____ sign _____
kl _____ sign _____	kl _____ sign _____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____