

STUDIE-MEDICATIEOPDRACHT VOOR DE ZIEKENHUISAPOTHEEK UMCG
Afdeling Receptuur

12 NAT 1410	Studienaam: HOVON 102 AML
Onderzoeker (s): prof. dr. E. Vellenga (#77072 / 12933)	

Ponsplaatje

indien geen Ponsplaatje

Patiëntnaam _____

Geboortedatum _____

UMCG nummer _____

Gewicht (kg) _____

Lengte (m) _____

Oppervlakte (m²) _____

Patiëntnummer: _____

R/ Clofarabine IV	
◇ Standaard dosering;	10 mg/m ² ,
_____mg	
◇ Verhoogde dosering;	20 mg/ m ² ,
_____mg	
◇ Reductie verhoogde dosering;	15 mg/ m ² ,
_____mg	
Remissie inductie behandeling cyclus I	
Datum gift:	
◇ Dag 1 ; _____	◇ Dag 2 ; _____
◇ Dag 3; _____	◇ Dag 4; _____
◇ Dag 5	_____
; _____	
Remissie inductie behandeling cyclus 2	
Datum gift:	
◇ Dag 1 ; _____	◇ Dag 2 ; _____
◇ Dag 3; _____	◇ Dag 4; _____
◇ Dag 5	_____
; _____	

Wordt toegediend op*: _____ tijd _____uur

Naam arts _____ datum _____

telefoon _____

Handtekening arts _____ afdeling _____

* Gaarne enkele dagen van te voren de medicatieopdracht faxen naar apotheek zodat de bereiding tijdig ingepland en voorbereid kan worden (apotheek fax: **14098**). Origineel recept in status.

In te vullen door apotheek

Versturen per buis naar INDC / E2VA

Afleverdatum _____

Paraaf _____

Controle _____
