Checklista

FÖR BEHANDLING MED ZOLEDRONSYRA 5 MG

Gäller för: Region Kalmar län
Ansvariga: Terapigrupp Osteoporos

Personnummer _____

Namn _____

Övrigt _____

Ordinationsdatum _____ Läkare _____

- ☐ Provtagning 1-2 veckor före varje planerad behandling (S-kalcium jon och P-kreatinin med GFR).
- ☐ P-kreatinin motsvarande GFR > 35 ml/min (i första hand tas P-kreatinin)
- ☐ Normalt värde S-kalciumjon
- ☐ Kalk- och/eller D-vitaminbehandling
- ☐ Pågår eller planeras invasiv tandvård? ☐ Ja ☐ Nej
- ☐ Allergier? ☐ Ja ☐ Nej
- ☐ Kallelse och patientinformation skickad till patienten
- ☐ Upphandlat läkemedel rekvirerat till enheten
- ☐ Tablett Alvedon/Panodil 500 mg, 2 tabletter morgon och kväll själva infusionsdagen, härefter vid behov
- ☐ Behandlingsdatum _____
- ☐ Minst ett glas dryck före infusionen
- ☐ Nål satt och infusionen Zoledronsyra 5 mg i 100 ml (färdig lösning) ges under minst 15 min:…….drp/min
- ☐ Minst ett glas dryck efter infusionen
- ☐ Patienten utrustad med telefonnummer till sjuksköterskan/mottagningen
- ☐ Patienten om ett år bokad för ny infusion med Zoledronsyra 5 mg (efter 3:e infusionen utvärdering avseende fortsatt terapi)