

**CYMEVENE-VERORDNUNG**

Anwendung:  prophylaktisch  therapeutisch

Therapiedatum: .....

Dosierungsintervall: .....

Gewicht (kg):.....

Kreatinin Clearance ..... ml/min. oder Serumkreatinin ..... µmol/l

**Cymevene-Verordnung:**

Start:	Medikament:	Dosis in mg:	Applikationsart:	Applikationsdauer:	Trägerlösung:
Bei <u>supramaximaler</u> Dosierung hier Dosierung in mg/kg KG angeben			..... mg/kg KG		
anstelle einer Nomaldosierung von:			..... mg/kg KG		

Datum:

Unterschrift Oberärztin/-arzt Fachabteilung:

**Für jede Nachbestellung muss eine neue Verordnung ausgefüllt oder die bestehende Verordnung erneut vom verantwortlichen Arzt unterschreiben und mit dem aktuellen Datum versehen werden!**