

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Hjärntumörer

Behandlingsavsikt: Kurativ
RegimID: NRB-6144

Karbo-EI (Karboplatin-Etoposid-Ifosfamid)

Kurintervall: 42 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Karboplatin Intravenös infusion 7 x (GFR+25) mg	x1																				
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1	x1	x1																		
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m ²																					
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m ²																					
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg				x1																	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	Ny kur dag 43
Karboplatin Intravenös infusion 7 x (GFR+25) mg																						
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m ²	x3	x3	x3	x3	x3																	
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg						x1																

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vikt eller diureskontroll. Vid viktökning > 2 kg ges Furosemid.

Ifosfamid - Hematuristicka 1 gång/dag under Ifosfamidinfusioner. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Base-excess kontrolleras dagligen. Om metabolisk acidosis, pH <7,0, korrigera med 60 mmol Natriumbikarbonat intravenöst.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR + 25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-infusion.

Peg-filgrastim - Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation**Hematologisk toxicitet**

Neutrofila < 1,5 och/eller TPK < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om ej neutropeni överväg doseskalering dag 43 till AUC 8.

Albumin

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75-80 % pga högre biotillgänglighet.

Ifosfamid - Om CNS-toxicitet (hallucinationer, mardrömmar, konfusion, synstörningar) avbryt infusionen och ge Metyltionin (metylenblått) 50 mg var 8:e timme intravenöst.

Ifosfamid ges inte mer i denna kur. I följande kurer ges Metyltionin 50 mg, 3 gånger intravenöst.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 tim.</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|--|

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|--------------|--------------|
| <p>1. Pegfilgrastim _____ mg
Ges subkutant
<i>(Ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi)</i></p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |
|---|--------------|--------------|

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | |
|---|---|---|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i></p> <p>6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i></p> <p>7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 tim.</p> <p>2 tim.</p> <p>3 min.</p> <p>3 min.</p> <p>3 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|---|

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> | <p>2 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> | <p>2 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i></p> | <p>3 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i></p> | <p>3 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i></p> | <p>3 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i></p> <p>6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i></p> <p>7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 tim.</p> <p>2 tim.</p> <p>3 min.</p> <p>3 min.</p> <p>3 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|---|---|

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
(Fungerar även som hydrering.)</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
(Fungerar även som hydrering.)</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Pegfilgrastim _____ mg
Ges subkutant
<i>(Ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi)</i> | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|