

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-2585

IKE polikliniskt (Etoposid-Ifosfamid-Karboplatin)

Indikation: Recidivbehandling av non-Hodgkin-lymfom och Hodgkin-lymfom C81-C86

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Etoposidfosfat Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1650 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös infusion 1650 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 2000 mg	x2	x2	x2																			
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1																		

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Blodstatus, inkl neutrofila

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: AUC x (GFR+25). Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigeras 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 per dag, ges blandat i samma infusion som Ifosfamid.

Mesna, dos 2-3 per dag ges peroralt, 2 respektive 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.

Etoposidfosfat - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras.

Dosjustering rekommendation

Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. 10 min. _____ _____
4. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. 30 min. _____ _____
5. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. 2 tim. _____ _____
6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
(*Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.*) 2 tim. _____ _____
7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(*Ges 2 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut*) _____ _____
8. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(*Ges 6 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut*) _____ _____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

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

3. **Etoposidfosfat** _____ **mg** 10 min. _____
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min.
4. **Ifosfamid** _____ **mg** 2 tim. _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
5. **Mesna** _____ **mg** 2 tim. _____
Ges intravenöst under 2 tim.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)
6. **Mesna** _____ **mg** _____
Ges peroralt
(Ges 2 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut)
7. **Mesna** _____ **mg** _____
Ges peroralt
(Ges 6 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut)

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

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

3. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. 10 min. _____
4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. 2 tim. _____
5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.) 2 tim. _____
6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges 2 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut) _____
7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges 6 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut) _____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant _____

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant