

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lymfom

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-6225

SMILE

Indikation: T-cellslymfom C860

Kurintervall: 28 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
Metotrexat Intravenös infusion 2000 mg/m ²	x1																				
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg		x2																			
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x4																		
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x3																	
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m ²		x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 300 mg/m ²		x3	x3	x3																	
Etoposidfosfat Intravenös infusion 100 mg/m ²		x1	x1	x1																	
Dexametason Peroral tablett 40 mg		x1	x1	x1																	
Pegaspargas Intramuskulär injektion 2500 IE/m ²								x1													
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1										

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Metotrexat Intravenös infusion 2000 mg/m ²								
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg								
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg								
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg								
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m ²								
Mesna Intravenös injektion 300 mg/m ²								
Etoposidfosfat Intravenös infusion 100 mg/m ²								
Dexametason Peroral tablett 40 mg								
Pegaspargas Intramuskulär injektion 2500 IE/m ²								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara > 7 före start av Metotrexat, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

Pegaspargas - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Anvisningar för ordination

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnen. För behandlingsstart LPK $>2,0$, TPK >100 , ALAT och ASAT ≤ 5 gånger övre normalgräns, total bilirubin $\leq 2,0$, kreatinin $\leq 1,5$.

Provtagning under behandlingen av S-kreatinin och leverstatus.

Metotrexat - Kalciumfolinat dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc $<0,1$ mikromol/L. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60 tills konc $<0,1$ mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och Kaliumklorid till metotrexatkoncentrationen $<0,1$ mikromol/L.

Hydrering före start Metotrexat-infusion: 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

Hydrering under behandlingen:

Dygn 1 - 2 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Dygn 2 - 3 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Dygn 3 - 3 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Dygn 4-5 - 1 L vätska som posthydrering efter Ifosfamid-infusionen.

Ifosfamid - 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 efter avslutad Ifosfamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-infusion.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 6-10 dygn eller tills LPK >10 . Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 6.

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

DAG 1 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. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml) och Kaliumklorid 20 mmol (10 ml av Addex-Kaliumklorid). Start kl 13.00)</i></p> <p>4. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat</p> <p>5. Metotrexat _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
(Start kl 14.00, T 0)</p> <p>6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i></p> <p>7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i></p> | <p></p> <p></p> <p>1 tim.</p> <p></p> <p>3 tim.</p> <p></p> <p>8 tim.</p> <p></p> <p>8 tim.</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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|---|--|--|

DAG 2	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	1000 ml Glukos 50 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 06.00)</i>			8 tim.	_____	_____	
2.	Dexametason _____ mg Ges peroralt					_____	_____
3.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	
4.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____	
5.	Ifosfamid _____ mg i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.			1 tim.	_____	_____	_____
6.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
7.	Etoposidfosfat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.	_____	_____	_____
8.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24				_____		
9.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 14.00, T 24)</i>				_____	_____	_____
10.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering (Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			8 tim.	_____	_____	
11.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
12.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 30				_____		
13.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00, T 30)</i>				_____	_____	_____
Fortsätter på nästa sida							

DAG 2
Forts.Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign****14. Mesna _____ mg**

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

3 min.

15. 1000 ml Glukos 50 mg/ml*Intravenös infusion - hydrering**(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-
umklorid 20 mmol. Start kl 22.00)*

8 tim.

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36

_____

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 02.00, T 36)

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

8 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)

4. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42

_____

6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 08.00, T 42)

7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

8. Tablett/Injektion Antiemetika

9. Ifosfamid _____ mg

1 tim.

i 500 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

10. Mesna _____ mg

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)

11. Etoposidfosfat _____ mg

30 min.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

12. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48

_____

13. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 14.00, T 48)

Fortsätter på nästa sida

DAG 3**Forts.**

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

- | | | | | | |
|-----|---|--------|-------|-------|-------|
| 14. | 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-
umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i> | 8 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 15. | Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 16. | Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54 | | _____ | _____ | _____ |
| 17. | Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges kl 20.00, T 54)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 18. | Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 19. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-
umklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i> | 8 tim. | _____ | _____ | _____ |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60

_____

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 02.00, T 60)

3. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin!

.....

4. Dexametason _____ mg

Ges peroralt

5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

6. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

7. Ifosfamid _____ mg

i 500 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

1 tim.

8. Mesna _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)

3 min.

9. Etoposidfosfat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

10. Mesna _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)

3 min.

11. Mesna _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)

3 min.

12. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 08.00, T 66)

13. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - posthydrering

4 tim.

_____

Fortsätter på nästa sida

**DAG 4
Forts.**

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

14. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges kl 14.00, T 72)

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

2. **Pegaspargas** _____ **IE**
Ges intramuskulärt

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