

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Testikelcancer och
extragonadal könszellstumör

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-6098

Irinotekan-Oxaliplatin

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
Irinotekan Intravenös infusion 80 mg/m ²	x1							x1							x1						
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m ²	x1														x1						
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg			x1	x1	x1	x1				x1	x1	x1	x1							x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Irinotekan Intravenös infusion 80 mg/m ²								
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m ²								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg	x1	x1	x1	x1				

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Irinotekan - Var observant på akut kolinergt syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila >1,5 och TPK >100. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar ha återgått till grad 0-1.

Irinotekan - premedicinering: ge subkutan Atropin 0,25 mg mot akut kolinergt syndrom 30 minuter före Irinotekan. Dosen kan upprepas.

Oxaliplatin - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom – förläng infusionstiden till 2-6 timmar.

*Filgrastim*dos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 4, 11 och 21. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

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

Har patienten haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75% av Irinotekan.

Vid uttalade parestesier med smärta och /eller funktionsstörning som kvarstår vid start av följande kur, bör Oxaliplatin ej ges.

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
<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i> | | | _____ | |
| 3. Irinotekan _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. Oxaliplatin _____ mg
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|

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 8 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
<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3. Irinotekan _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> | <p>30 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |

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

- | | |
|---|---------------------------|
| <p>1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---------------------------|

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

- | | |
|---|---------------------------|
| <p>1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---------------------------|

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

- | | |
|---|---------------------------|
| <p>1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---------------------------|

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | |
|---|---------------------------|
| <p>1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---------------------------|

DAG 15 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
<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3. Irinotekan _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.</p> | <p>30 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>4. Oxaliplatin _____ mg
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min.</p> | <p>60 min.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

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

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant