Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Trofoblastsjukdomar

Behandlingsavsikt: Kurativ
RegimID: NRB-6405

EMA (CNS)-CO

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2	x1	x1													
Daktinomycin Intravenös infusion 0,5 mg	x1	x1													
Metotrexat Intravenös infusion 500 mg/m^2	x2														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg		x2													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x4											
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg					x2										
Vinkristin Intravenös infusion 0,8 mg/m^2								x1							
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m^2								x1							
Metotrexat Intratekal injektion 12,5 mg									x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg										x1					

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Daktinomycin - starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus samt hCG. För behandlingsstart neutrofila > 1.5, LPK $\geq 2{,}5$, TPK ≥ 75, Hb > 100.

Metotrexat - prehydrering med Natriumklorid 9 mg/ml 1000 ml med tillsats 20 mmol Kaliumklorid ges på 2 timmar före start Metotrexat. Kalciumfolinat dag 2 startas 26 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt.

Intratekalt Metotrexat - Kalciumfolinat dag 10 ges 24 tim efter it injektion. Dagligt vätskeintag på cirka 1,5 liter rekommenderas behandlingsdagar samt 2 dagar efter.

Överväg primär G-CSF profylax.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

Neutrofila $< 1{,}5$ och TPK < 75 - dosreducera Etoposid och Cyklofosfamid till 75 %. Profylaktiskt G-CSF. Övriga läkemedel ges i fulldos.

hCG skall halveras mellan varje kur. Vid platå eller stegring av hCG överväg terapibyte.

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. **Etoposid _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
4. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering (Tillsats 20 mmol Kaliumklorid.)*	2 tim.		_____	.....
6. **Metotrexat _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim.	12 tim.	_____	_____	_____
7. **Metotrexat _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim.	12 tim.	_____	_____	_____

DAG 2

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. **Etoposid _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
4. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Ges 26 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)*		_____	_____	_____
6. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Ges 32 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)*		_____	_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Ges 38 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)*		_____	_____	_____
2. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Ges 44 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)*		_____	_____	_____
3. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Ges 50 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)*		_____	_____	_____
4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Ges peroralt *(Ges 56 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)*		_____	_____	_____

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

1. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 62 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

2. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 68 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

3. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 74 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

4. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 80 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

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

1. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 86 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

2. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 92 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

DAG 8 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. **Vinkristin** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

4. **Cyklofosfamidmonohydrat** _____ **mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.

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

1. **Metotrexat** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges intratekalt

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

1. **Kalciumfolinat (vattenfritt)** _____ **mg** _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Ges 24 timmar efter Metotrexat it.)