

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Trofoblastsjukdomar

Behandlingsavsikt: Kurativ

RegimID: NRB-6404

EMA-COb

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 300 mg/m ²	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg		x2	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 > 2,5, TPK > 100, Hb > 100.

Intratekal Metotrexat ges kur 1-3. Kalciumfolinat dag 10 ges 24 tim efter it injektion.*EMA (Etoposid och Daktinomycin)* dag 2 seponeras vid hCG-negativitet!*Metotrexat* - Kalciumfolinat dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 12:e timme i fyra doser. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt.

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 < 100 - överväg dosreduktion av Etoposid och Cyklofosamid 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Etoposid _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Daktinomycin _____ mg
i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Etoposid _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Daktinomycin _____ mg
i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
(Ges 24 timmar efter start av Metotrexat-infusion.) | | _____ | _____ | _____ |
| 6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
(Ges 36 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 48 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 60 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

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

4. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

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.)