

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Urinblåse- och
urinvägscancerBehandlingsavsikt: Neoadjuvant, Palliativ
RegimID: NRB-405**M-VAC 14** (Cisplatin-Doxorubicin-Metotrexat-Vinblastin)

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Metotrexat Intravenös infusion 30 mg/m ²	x1														
Vinblastin Intravenös infusion 3 mg/m ²		x1													
Doxorubicin Intravenös infusion 30 mg/m ²		x1													
Cisplatin Intravenös infusion 70 mg/m ²		x1													
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1			

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Under andra behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska.

Vikt, vid viktökning > 2 kg ges furosemid.

Anvisningar för ordination

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK >10.

Eventuellt kan kalciumfolinat ges enligt FASS för att minska slemhinnetoxicitet.

Dosjustering rekommendation

LPK 2,0-2,9 och/eller TPK 50-75 och/eller neutrofila 1,0-1,5 – ge 50 % av dosen för Metotrexat, Vinblastin, Doxorubicin och 75 % av dosen för Cisplatin.

LPK < 2,0 och/eller TPK < 50 – behandlingen uppskjutes.

Om GFR 45-59 ml/min/1,73 m², dela Cisplatindosen på 2 dagar.Om GFR < 45 ml/min/1,73 m², hydreras patienten under max 2 dygn. Om ingen förbättring av GFR ges inte denna behandling.

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

_____ | | _____ | |
| 3. Metotrexat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ |

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. Vinblastin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | _____ | _____ |
| 4. Doxorubicin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |
| 5. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - posthydrering</i> | 1 tim. | _____ | |

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 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
