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 - Peniscancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Neoadjuvant
RegimID: NRB-1094

PIC (Cisplatin-Ifosfamid-Paklitaxel)

Kurintervall: 21 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**	**Ny kur dag 22**
Paklitaxel Intravenös infusion 175 mg/m^2	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1200 mg/m^2	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös injektion 240 mg/m^2	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 480 mg/m^2	x2	x2	x2																			
Cisplatin Intravenös infusion 25 mg/m^2	x1	x1	x1																			
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Paklitaxel - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Överkänslighetsreaktioner är vanliga, särskilt kur 1 och 2. Sänk infusionshastigheten vid tidigare överkänslighetsreaktion. Kontroll av blodtryck och puls före och 15 minuter efter start av infusion.

Cisplatin - Vikt eller diureskontroll.

Ifosfamid - Observans på cystitbesvär - hematuristicka vid behov.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, cystatin C, natrium, kalium, kreatinin, ASAT och ALAT.

Paklitaxel - Premedicinering med kortison och antihistaminer, t.ex. peroral behandling med Betametason 8 mg och Desloratadin 10 mg som ges 1-2 timmar före behandlingsstart. Om tidigare reaktion överväg premedicinering med kortison och antihistamin med start dagen före behandling alternativt avsluta behandlingen.

Kontroll av perifer neuropati.

Mesna, dos 1, ges intravenöst i samband med start av infusion med Ifosfamid. Dosen kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt timme 2 och 6 i dubbel dos. Om det ges intravenöst minskas dosen till hälften och ges timme 4 och 8.

Cisplatin - Under behandlingsdygnen och dygnet efter sista infusionen ges ytterligare minst 2000 ml vätska som dryck eller intravenöst.

G-CSF - Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 4.

Dosjustering rekommendation

Behandlingen skjuts upp till neutrofila $>$ 1,5 och TPK $>$ 100.

Om ALAT och/eller ASAT $>$ 1,5 x övre normalvärdet och förhöjd ALP reduceras Paklitaxel till 75 %.

Om S-kreatinin $>$ 130 mikromol/L eller stiger $>$ 30 % ges ej denna behandling.

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.	Premedicinering för Paklitaxel			_____	.....
3.	Kontroll av blodtryck och puls			.....	
4.	**Paklitaxel _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.		_____	_____
5.	Kontroll av blodtryck och puls efter 15 minuter			.....	
6.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	2 tim.		_____	.....
7.	Ges samtidigt som Ifosfamid			.....	
8.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
9.	**Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
10.	**Cisplatin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
11.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____
12.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____

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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	2 tim.		_____	.....
4. Ges samtidigt som Ifosfamid			.....	
5. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
6. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
7. Cisplatin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____
9. Mesna _____ mg Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____

DAG 3 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	2 tim.		_____	.....
4. Ges samtidigt som Ifosfamid			.....	
5. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
6. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
7. Cisplatin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____
9. Mesna _____ mg Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____

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 _____ _____