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 - Sarkom

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ
RegimID: NRB-8176

Euroboss I - Cisplatin-Doxorubicin

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
Cisplatin Intravenös infusion 50 mg/m^2	x1	x1																				
Doxorubicin Intravenös infusion 60 mg/m^2			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

Starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas.

Vikt eller diureskontroll.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >1,0.

Kreatinin inför varje kurstart, vid behov kontrolleras njurclearance, se ovan.

Dag 2 kontroll av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K, P-fosfat.

Doxorubicin - Max ackumulerad dos 550 mg/m2. Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max dos 450 mg/m2.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5 i 8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 5. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.

Dosjustering rekommendation

Vid neutrofila <1,5, TPK <100 och LPK <1,0 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber (neutrofila < 0,5) dosreduceras i följande kur: Cisplatin 100 %, Doxorubicin 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber: Cisplatin 100 %, Doxorubicin 50 %.

Om kreatininstegring > 120 mikromol/L: Cisplatin 75 %, Doxorubicin 100 %.

Om kvarstående kreatininstegring: Cisplatin 0 , Doxorubicin 100 %.

Om perifer neuropati > grad 3: Cisplatin 0 , Doxorubicin 100 %.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 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. **Cisplatin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.	_____	_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Ges parallellt med Cisplatin.)*	12 tim.	_____	_____	.....
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Ges parallellt med Cisplatin.)*	12 tim.	_____	_____	.....

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 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. **Cisplatin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.	_____	_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Ges parallellt med Cisplatin.)*	12 tim.	_____	_____	.....
6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Ges parallellt med Cisplatin.)*	12 tim.	_____	_____	.....

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

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Doxorubicin _____ mg** 24 tim. _____ _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 24 tim.
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 12 tim. _____ _____ .....
   Intravenös infusion - ges parallellt
   (Ges parallellt med Doxorubicin.)
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 12 tim. _____ _____ .....
   Intravenös infusion - ges parallellt
   (Ges parallellt med Doxorubicin.)

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