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: Adjuvant
RegimID: NRB-8545

EuroEwing 2012 IE (Ifosfamid-Etopsid)

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	x1	x1	x1										
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Peroral tablett 720 mg/m^2	x2	x2	x2	x2	x2										
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

Ifosfamid - Hematuristicka dagligen när Ifosfamid ges. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Viktkontroll dagligen. Vid viktuppgång på mer än 2 kg, ge Furosemid 20-40 mg i.v.

Anvisningar för ordination

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

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K. När Ifosfamid ges kontrolleras också base-excess. Om metabolisk acidos korrigera med 60 mmol Natriumbikarbonat.

Mesna - dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion. Om det ges intravenöst halveras dosen (360 mg/m2) och ges 4 och 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.

Hydrering - dag 1-5 ges 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn som prehydrering innan Ifosfamid.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 6-8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 6. G-CSF (Peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi och ska avslutas minst 24 timmar före ny cytostatikaterapi.

Ifosfamid inducerad CNS-toxicitet (hallucinationer, mardrömmar, konfusion, synstörningar) avbryt infusionen och ge Metylenblått (Metyltionin) 50 mg i.v. var 8:e timme. Ifosfamid ges inte mer i denna kur. I följande kurer ges profylaktiskt Metylenblått 50 mg i.v., 3-6 gånger.

Dosjustering rekommendation

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

Om neutropen feber (neutrofila < 0,5) dosreduceras i följande kur, ge: Etoposid 75 %, Ifosfamid och Mesna 100 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber, ge: Etoposid 50 %, Ifosfamid och Mesna 100 %.

Vid kreatininstegring, allvarlig mukosit eller perifer neuropati - dosreduktion enligt individuell bedömning.

Hypoalbuminemi

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

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

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

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

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

DAG 5 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 2 tim. _____ .....
Intravenös infusion - prehydrering

4. **Ifosfamid _____ mg** 1 tim. _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.

5. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)

6. **Etoposid _____ mg** 2 tim. _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.

7. **Mesna _____ mg** _____ _____
Ges peroralt
(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

8. **Mesna _____ mg** _____ _____
Ges peroralt
(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

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 _____ _____

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
   Ges subkutant _____ _____