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-9036

MAID (Dakarbazin-Doxorubicin-Ifosfamid-Mesna)

Kurintervall: 28 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**
Doxorubicin Intravenös infusion 15 mg/m^2	x1	x1	x1																		
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m^2	x1	x1	x1																		
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m^2	x1	x1	x1																		
Mesna Intravenös infusion 300 mg/m^2	x1	x1	x1																		
Mesna Peroral tablett 600 mg/m^2	x2	x2	x2																		
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

Dag	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**Ny kur dag 29**
Doxorubicin Intravenös infusion 15 mg/m^2								
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m^2								
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m^2								
Mesna Intravenös infusion 300 mg/m^2								
Mesna Peroral tablett 600 mg/m^2								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg								

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin och Dakarbazin- starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas. Om perifer infart ges Dakarbazin på 2 timmar.

Dakarbazin är ljuskänsligt. Alla beredda lösningar skall därför vara skyddade för ljus också under administrering.

Ifosfamid - Hematuristicka görs dagligen. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: Neutrofila >1,0, TPK >80.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Blandas med fördel i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad av Ifosfamid-infusion.

Prehydrering innan Ifosfamid - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL.

Filgrastimdos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 5. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad 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.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m2.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila < 1,0 och/eller TPK < 80 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber dosreduceras följande kurer med 20 %.

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. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Doxorubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Dakarbazin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	1 tim.		_____	.....
6. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. *(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)*	2 tim.		_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
9. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
10. Kontroll av vikt eller diures			.....	

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.	**Doxorubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4.	**Dakarbazin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	1 tim.		_____	.....
6.	**Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
7.	**Mesna _____ mg** Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. *(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)*	2 tim.		_____	_____
8.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
9.	**Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
10.	Kontroll av vikt eller diures			.....	

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. **Doxorubicin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Dakarbazin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	1 tim.		_____	.....
6. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. *(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)*	2 tim.		_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
9. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
10. Kontroll av vikt eller diures			.....	

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 _____ _____