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 - Äggstockscancer

RegimID: NRB-2797

TIP (Cisplatin-Ifosfamid-Paklitaxel)

Diagnoskod: C56

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 250 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m^2 (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 300 mg/m^2 (kroppsyta)		x3	x3	x3	x3																	
Cisplatin Intravenös infusion 25 mg/m^2 (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)							x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Vikt eller diureskontroll.

Ifosfamid - Hematuristicka vid behov. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Paklitaxel -Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion. Överkänslighetsreaktioner är vanliga, särskilt kur 1 och 2. Blodtryck och puls före start.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, Iohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

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 timme 4 och 8 om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter Ifosfamid!

Cisplatin - under behandlingsdygnen ges minst 2 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck. Dygnet efter sista Cisplatin-infusionen ges minst 2 liter vätska.

Paklitaxel - Premedicinering med kortison och antihistaminer t.ex. peroral behandling med Betametason 12 mg och Desloratadin 10 mg som ges 1-2 timmar före behandlingsstart.

Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet

Neutrofila mellan 0,5-1,0 och TPK $\geq$ 50 - Ge behandling i fulldos. OBS! om TPK cirka 50 skall nadir ha passerats.

Neutrofila $<$ 0,5 och TPK $\geq$ 50 - Behandlingen skjuts upp högst 3 dagar. Behandlingen kan dock ges följt av G-CSF om situationen så kräver.

TPK $<$ 50 - Behandlingen skjuts upp tills TPK $\geq$ 50.

Nedsatt njurfunktion - GFR <60 ml /min reduceras Cisplatin och Ifosfamid enligt följande:

GFR 50-59 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2-5.

GFR 40-49 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2-4.

GFR <40 ml/min: Paklitxel och Ifosfamid 100%. *Cisplatin ersätts med Karboplatin doserat enligt Calverts formel, AUC 7, endast dag 1!*

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument: Dag 1:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/ Dag 2-5:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-4d/

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

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. Premedicinering för Paklitaxel *(Kontroll blodtryck och puls)*			_____	.....
4. Paklitaxel _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim. *(Kontroll blodtryck och puls)*	24 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. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
6. **Cisplatin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)*	3 min.		_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)*	3 min.		_____	_____

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 2 tim.	2 tim.		_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
6. **Cisplatin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)*	3 min.		_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)*	3 min.		_____	_____

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 2 tim.	2 tim.		_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
6. **Cisplatin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)*	3 min.		_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)*	3 min.		_____	_____

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

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

6. **Cisplatin _____ mg** 1 tim. _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.

7. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)

8. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)

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