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 - Hjärntumörer

RegimID: NRB-6144

Karbo-EI (Karboplatin-Etoposid-Ifosfamid)

Diagnoskod: C71

Kurintervall: 42 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**
Karboplatin Intravenös infusion 7 x (GFR+25) mg	x1																				
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m^2 (kroppsyta)																					
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)				x1																	

Dag	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**Ny kur dag 43**
Karboplatin Intravenös infusion 7 x (GFR+25) mg																						
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m^2 (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3																	
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)						x1																

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Vikt eller diureskontroll. Vid viktökning $>$ 2 kg ges Furosemid.

Ifosfamid - Hematuristicka 1 gång/dag under Ifosfamidinfusioner. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Base-excess kontrolleras dagligen. Om metabolisk acidos, pH $<$7,0, korrigera med 60 mmol Natriumbikarbonat intravenöst.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: AUC x (GFR+25). Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m2) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på https://egfr.se/ För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

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 avslutad Ifosfamid-infusion.

Peg-filgrastim - Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

Neutrofila $< 1{,}5$ och/eller TPK < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om ej neutropeni överväg doseskalering dag 43 till AUC 8.

Albumin

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75-80 % pga högre biotillgänglighet.

Ifosfamid - Om CNS-toxicitet (hallucinationer, mardrömmar, konfusion, synstörningar) avbryt infusionen och ge Metyltionin (metylenblått) 50 mg var 8:e timme intravenöst.

Ifosfamid ges inte mer i denna kur. I följande kurer ges Metyltionin 50 mg, 3 gånger intravenöst.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1 https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/._Dag 22: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-4d/ alternativt https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5b-4d/

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. **Karboplatin _____ mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
4. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 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. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 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. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Pegfilgrastim _____ mg** Ges subkutant *(Ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi)*			_____	_____

DAG 22 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. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	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. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____

DAG 23 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. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	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. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____

DAG 24 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. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	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. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* *(Fungerar även som hydrering.)*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* *(Fungerar även som hydrering.)*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.		_____	_____

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. **Pegfilgrastim _____ mg** Ges subkutant *(Ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi)*			_____	_____