**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 - Lymfom

RegimID: NRB-6225

# SMILE

Diagnoskod: C860

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Metotrexat<br>Intravenös infusion<br>2000 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | x2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | | x4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | | | x3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ifosfamid<br>Intravenös infusion<br>1500 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mesna<br>Intravenös injektion<br>300 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | x3 | x3 | x3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etoposidfosfat<br>Intravenös infusion<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dexametason<br>Peroral tablett<br>40 mg (standarddos) | | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pegaspargas<br>Intramuskulär injektion<br>2500 IE/$m^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg (kroppsvikt) | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |

| Dag | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | Ny kur dag 29 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Metotrexat<br>Intravenös infusion<br>2000 mg/m$^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | | | | | | | |
| Ifosfamid<br>Intravenös infusion<br>1500 mg/m$^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Mesna<br>Intravenös injektion<br>300 mg/m$^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Etoposidfosfat<br>Intravenös infusion<br>100 mg/m$^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Dexametason<br>Peroral tablett<br>40 mg (standarddos) | | | | | | | | |
| Pegaspargas<br>Intramuskulär injektion<br>2500 IE/m$^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg (kroppsvikt) | | | | | | | | |

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration** Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalinisering av urinen ske.

Kontroll av urin-pH som ska vara $> 7$ före start av Metotrexat, om inte ge extra 100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml.

Kontroll av U-pH vid varje vattenkastning.

Vikt eller diureskontroll.

*Pegaspargas* - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

**Anvisningar för ordination**

Kontroller av blodstatus, elektrolyter, kreatinin, levervärden ska ske dagligen under behandlingsdygnen. För behandlingsstart LPK >2,0, TPK >100, ALAT och ASAT $\leq$ 5 gånger övre normalgräns, total bilirubin $\leq$ 2,0, kreatinin $\leq$ 1,5.

Provtagning under behandlingen av S-kreatinin och leverstatus.

*Metotrexat - Kalciumfolinat* dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme tills metotrexat konc <0,1 mikromol/L. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt. Kontroll av S-metotrexat timme 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60 tills konc < 0,1 mikromol/L.

Beredskap för att hantera fördröjd utsöndring av Metotrexat ska finnas. Antidot glucarpidase (Voraxaze) finns.

Om fördröjd metotrexatutsöndring fortsätter hydreringen med 4 L vätska/dygn med tillsats av Natriumbikarbonat och Kaliumklorid till metotrexatkoncentrationen <0,1 mikromol/L.

*Hydrering före start Metotrexat-infusion:* 500 ml Glukos 50 mg/ml med tillsats av 120 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid.

*Hydrering under behandlingen:*

Dygn 1 - 2 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Dygn 2 - 3 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Dygn 3 - 3 L vätska med 50 mmol Natriumbikarbonat och 20 mmol Kaliumklorid/L.

Dygn 4-5 - 1 L vätska som posthydrering efter Ifosfamid-infusionen.

*Ifosfamid - 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 efter avslutad Ifosfamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosfamid-infusion.

*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 6.

*Etoposidfosfat* - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras.

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin. Dag 2: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-3d/ utan betametason behandlingsdagarna. Dag 8:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-2a-1-dag.-ondansetron-olanzapin

| **DAG 1** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml) och Kaliumklorid 20 mmol (10 ml av Addex-Kaliumklorid). Start kl 13.00)* | 1 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **4. U-pH >=7 före start av Metotrexat** | | | ..... | |
| **5. Metotrexat _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 3 tim.<br>*(Start kl 14.00, **T 0**)* | 3 tim. | _____ | _____ | _____ |
| **6.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **7.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |

**DAG 2** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | | | Inf. tid | Klockan | Ssk. sign | Läk. sign |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)* | | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **2.** | **Dexametason _____ mg**<br>Ges peroralt | Morgondos | | | _____ | _____ |
| **3.** | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | | _____ | ..... |
| **4.** | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | | _____ | ..... |
| **5.** | **Ifosfamid _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| **6.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **7.** | **Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | | _____ | _____ |
| **8.** | **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24** | | | _____ | ..... | |
| **9.** | **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00, T 24)* | Middagsdos | | _____ | _____ | _____ |
| **10.** | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)* | | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **11.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)* | | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **12.** | **Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 30** | | | _____ | ..... | |
| **13.** | **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 20.00, T 30)* | Kvällsdos | | _____ | _____ | _____ |

*Fortsätter på nästa sida*

| **DAG 2 Forts.** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **14. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **15.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |

**DAG 3** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 36** | | _____ | ..... | |
| **2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 02.00, T 36)* | | _____ | _____ | _____ |
| **3.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **4. Dexametason _____ mg** Morgondos<br>Ges peroralt | | | _____ | _____ |
| **5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42** | | _____ | ..... | |
| **6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Morgondos<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 08.00, T 42)* | | _____ | _____ | _____ |
| **7.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **8.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **9. Ifosfamid _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| **10. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **11. Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **12. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48** | | _____ | ..... | |
| **13. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Middagsdos<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00, T 48)* | | _____ | _____ | _____ |

*Fortsätter på nästa sida*

| **DAG 3 Forts.** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **14.** 1000 ml Glukos 50 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |
| **15. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **16. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54** | | _____ | ..... | |
| **17. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Kvällsdos<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 20.00, T 54)* | | _____ | _____ | _____ |
| **18. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **19.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - hydrering*<br>*(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)* | 8 tim. | _____ | _____ | ..... |

| **DAG 4** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 02.00, T 60** | | _____ | ..... | |
| **2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 02.00, T 60)* | | _____ | _____ | _____ |
| **3. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin!** | | | ..... | |
| **4. Dexametason _____ mg** Morgondos<br>Ges peroralt | | _____ | _____ | _____ |
| **5.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **6.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **7. Ifosfamid _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| **8. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **9. Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ | _____ |
| **10. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **11. Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)* | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| **12. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Morgondos<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 08.00, T 66)* | | | _____ | _____ |
| **13.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - posthydrering* | 4 tim. | | _____ | ..... |

*Fortsätter på nästa sida*

| **DAG 4 Forts.** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **14. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg** Middagsdos<br>Ges peroralt<br>*(Ges kl 14.00, T 72)* | | | _____ | _____ |

**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 _____ _____
2. **Pegaspargas** _____ **IE**
   Ges intramuskulärt _____ _____

**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 _____ _____