

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

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

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

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Före start av Metotrexat behandling ska hydrering och alkalisering 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 behandlingsdygnet. 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 Ifosamid-infusionen.

Ifosamid - Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosamid. Kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 efter avslutad Ifosamid-infusion om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosamid-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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 120 mmol (200 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml) och Kaliumklorid 20 mmol (10 ml av Addex-Kaliumklorid). Start kl 13.00)</i> | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 4. U-pH ≥ 7 före start av Metotrexat | | | | |
| 5. Metotrexat _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.
<i>(Start kl 14.00, T 0)</i> | 3 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol (100 ml Natriumbikarbonat 50 mg/ml) och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i> | 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 <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 06.00)</i>			8 tim.	_____	_____
2.	Dexametason _____ mg Ges peroralt			Morgondos		_____	_____
3.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____
4.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____					_____
5.	Ifosfamid _____ mg i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.			1 tim.	_____	_____	_____
6.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
7.	Etoposidfosfat _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.	_____	_____	_____
8.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 24				_____	
9.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 14.00, T 24)</i>			Middagsdos	_____	_____	_____
10.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - hydrering</i> <i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali- umklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i>			8 tim.	_____	_____
11.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>			3 min.	_____	_____	_____
12.	Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 30				_____	
13.	Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(Ges kl 20.00, T 30)</i>			Kvällsdos	_____	_____	_____
<i>Fortsätter på nästa sida</i>							

DAG 2**Forts.**Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--------|-------|-------|-------|
| 14. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 15. 1000 ml Glukos 50 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kali-
umklorid 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

Ges peroralt

(Ges kl 02.00, T 36)

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

8 tim.

Intravenös infusion - hydrering

(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 06.00)

_____

4. Dexametason _____ mg

Morgondos

Ges peroralt

5. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 08.00, T 42

_____

6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Morgondos

Ges peroralt

(Ges kl 08.00, T 42)

7. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

8. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

9. Ifosfamid _____ mg

1 tim.

i 500 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

10. Mesna _____ mg

3 min.

Ges intravenöst under 3 min.

(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)

11. Etoposidfosfat _____ mg

30 min.

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

12. Kontroll Metotrexat-koncentration kl 14.00, T 48

_____

13. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Middagsdos

Ges peroralt

(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
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 14.00)</i> | 8 tim. | _____ | _____ | |
| 15. | Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 16. | Kontroll Metotrexat-koncentration kl 20.00, T 54 | | _____ | | |
| 17. | Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Kvällsdos
Ges peroralt
<i>(Ges kl 20.00, T 54)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 18. | Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 19. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
<i>(Tillsatser Natriumbikarbonat 60 mmol och Kaliumklorid 20 mmol. Start kl 22.00)</i> | 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 _____

Ges peroralt
(Ges kl 02.00, T 60)

3. Vid fördröjd Metotrexat-utsöndring, se lokal rutin!

4. Dexametason _____ mg Morgondos

Ges peroralt

5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

6. Tablett/Injektion Antiemetika _____

7. Ifosfamid _____ mg 1 tim. _____

i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.

8. Mesna _____ mg 3 min. _____

Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)

9. Etoposidfosfat _____ mg 30 min. _____

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

10. Mesna _____ mg 3 min. _____

Ges intravenöst under 3 min.
(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)

11. Mesna _____ mg 3 min. _____

Ges intravenöst under 3 min.
(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion)

12. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Morgondos

Ges peroralt
(Ges kl 08.00, T 66)

13. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 4 tim. _____

Intravenös infusion - posthydrering

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 _____

Ges peroralt
(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
