

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Peniscancer

RegimID: NRB-1094

PIC (Cisplatin-Ifosfamid-Paklitaxel)

Diagnoskod: C60

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 175 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös injektion 240 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 480 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2																			
Cisplatin Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Paklitaxel - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Överkänslighetsreaktioner är vanliga, särskilt kur 1 och 2. Sänk infusionshastigheten vid tidigare överkänslighetsreaktion. Kontroll av blodtryck och puls före och 15 minuter efter start av infusion.

Cisplatin - Vikt eller diureskontroll.

Ifosfamid - Observans på cystitbesvär - hematuristicka vid behov.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, cystatin C, natrium, kalium, kreatinin, ASAT och ALAT.

Paklitaxel - Premedicinering med kortison och antihistaminer, t.ex. peroral behandling med Betametason 8 mg och Desloratadin 10 mg som ges 1-2 timmar före behandlingsstart. Om tidigare reaktion överväg premedicinering med kortison och antihistamin med start dagen före behandling alternativt avsluta behandlingen.

Kontroll av perifer neuropati.

Mesna, dos 1, ges intravenöst i samband med start av infusion med Ifosfamid. Dosen kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt timme 2 och 6 i dubbel dos. Om det ges intravenöst minskas dosen till hälften och ges timme 4 och 8.

Cisplatin - Under behandlingsdygnet och dygnet efter sista infusionen ges ytterligare minst 2000 ml vätska som dryck eller intravenöst.

G-CSF - Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 4.

Dosjustering rekommendation

Behandlingen skjuts upp till neutrofila $> 1,5$ och TPK > 100 .

Om ALAT och/eller ASAT $> 1,5 \times$ övre normalvärdet och förhöjd ALP reduceras Paklitaxel till 75 %.

Om S-kreatinin > 130 mikromol/L eller stiger > 30 % ges ej denna behandling.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: <http://optiv12.cancercentrum.se/vuxen-regimer/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-3d/>

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortison doser 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.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>					_____	.....
2.	Premedicinering för Paklitaxel					_____	.....
3.	Kontroll av blodtryck och puls					.....
4.	Paklitaxel _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.			3 tim.		_____	_____
5.	Kontroll av blodtryck och puls efter 15 minuter					.....
6.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>			2 tim.		_____	.....
7.	Ges samtidigt som Ifosfamid					.....
8.	Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>			3 min.		_____	_____
9.	Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
10.	Cisplatin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.			1 tim.		_____	_____
11.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)</i>					_____	_____
12.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)</i>					_____	_____

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

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>	2 tim.		_____	.....
4. Ges samtidigt som Ifosamid			.....
5. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>	3 min.		_____	_____
6. Ifosamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
7. Cisplatin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosamidinfusion)</i>			_____	_____
9. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosamidinfusion)</i>			_____	_____

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--------|-------|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika__________ |  |  | _____ | ..... |

_____ | | | _____ | |
| 3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 4. Ges samtidigt som Ifosamid |  |  | ..... |  |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Ifosamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 7. Cisplatin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosamidinfusion)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 9. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosamidinfusion)</i> | | _____ | _____ | _____ |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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