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 - Peniscancer

RegimID: NRB-15424

PIKarbo (Paklitaxel-Ifosfamid-Karboplain)

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																					
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) AUC	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																			
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.

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.

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.

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 x övre normalvärdet och förhöjd ALP reduceras Paklitaxel till 75 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-3d/ .

OBS! Undvik dubbla doser kortison. Om premedicinering kortison ges av annat skäl, minska/ta bort betapred i antiemetikaregim.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
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. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
7. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
8. **Karboplatin _____** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
9. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____
10. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
4. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.		_____	_____
4. **Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.	_____	_____	_____
5. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____
6. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamidinfusion)*		_____	_____	_____

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