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 - Sarkom

RegimID: NRB-8549

CWS 2014 - I2VA, kur 1 och 2

(Ifosfamid-Vinkristin-Daktinomycin)

Diagnoskod: C40-41

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
Ifosfamid Intravenös infusion 3000 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1																				
Mesna Intravenös injektion 600 mg/m^2 (kroppsyta)	x4	x4																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m^2 (kroppsyta)	x1							x1							x1							
Daktinomycin Intravenös infusion 1,5 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (standarddos)					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1										

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration *Daktinomycin* - Starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas.

Vinkristin - dagar med enbart Vinkristin - minimal risk för illamående.

Ifosfamid - Hematuristicka dagligen när Ifosfamid ges. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Viktkontroll dagligen. Vid viktuppgång på mer än 2 kg, ge Furosemid 20-40 mg i.v.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >1,0.

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K. När Ifosfamid ges kontrolleras också base-excess. Om metabolisk acidos korrigera med 60 mmol Natriumbikarbonat.

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 intravenöst 4, 8 och 12 timmar efter avslutad infusion. Om det ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges 2, 6 och 10 timmar efter avslutad infusion.

Hydrering - dag 1-2 ges 2000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn.

Daktinomycin - ges ej under eller i anslutning till radioterapi.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5 i 8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 5.

Dosjustering rekommendation

Vid neutrofila <1,5, TPK <100 och LPK <1,0 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber (neutrofila < 0,5) dosreduceras i följande kur: Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber: Ifosfamid och Mesna 50 %.

Om kreatininstegring > 120 mikromol/L: Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om kvarstående kreatininstegring: Ifosfamid och Mesna 0.

Om perifer neuropati > grad 3: Ifosfamid och Mesna 0.

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.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Ifosfamid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.	_____	_____	_____
4.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)*	3 min.	_____	_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering* *(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.)*	10 tim.	_____	_____	.....
6.	**Vinkristin _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
7.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.	_____	_____	_____
8.	**Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 15 min.	15 min.		_____	_____
9.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.	_____	_____	_____
10.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - hydrering*	10 tim.	_____	_____	.....
11.	**Mesna _____ mg** Ges intravenöst under 3 min. *(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*	3 min.	_____	_____	_____

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. **Ifosfamid _____ mg** 3 tim. _____ _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim.

4. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)

5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 10 tim. _____ _____ .....
Intravenös infusion - hydrering
(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.)

6. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

7. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 10 tim. _____ _____ .....
Intravenös infusion - hydrering

9. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   (Ej rutinmässigt pga minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)
   _____
   _____
3. **Vinkristin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **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

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim _____ ME** _____ _____
   Ges subkutant

DAG 15 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 _____ .....
   (Ej rutinmässigt pga minimal emetogen effekt av ingående läkemedel.)
   _____
   _____
3. **Vinkristin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.