

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

**Antitumoral regim - Sarkom**  
**Doxorubicin-Ifosfamid enl SSG XX poliklinisk**

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ

RegimID: NRB-7232

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 |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Doxorubicin<br>Intravenös infusion<br>20 mg/m <sup>2</sup> | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Ifosfamid<br>Intravenös infusion<br>2000 mg/m <sup>2</sup> | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Mesna<br>Intravenös infusion<br>400 mg/m <sup>2</sup>      | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Mesna<br>Peroral tablett<br>800 mg/m <sup>2</sup>          | x2 | x2 | x2 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg              |    |    |    | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

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

Ifosfamid - Hematuristicka görs dagligen. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: Neutrofila &gt;1,0, TPK &gt;80.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Blandas med fördel i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt timme 2 och 6 efter avslutad av Ifosfamid-infusion.

Prehydrering innan Ifosfamid - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL.

Filgrastimdos: &lt;70 kg 30 ME, &gt;70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 4. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Ifosfamid inducerad CNS-toxicitet (hallucinationer, mardrömmar, konfusion, synstörningar) avbryt infusionen och ge Metylenblått (Metyltionin) 50 mg i.v. var 8:e timme. Ifosfamid ges inte mer i denna kur. I följande kurer ges profylaktiskt Metylenblått 50 mg i.v., 3-6 gånger.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m<sup>2</sup>.**Dosjustering rekommendation**

Neutrofila &lt; 1,0 och/eller TPK &lt; 80 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber dosreduceras följande kurer med 20 %.

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- |                                                                                                                                            |         |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                                         |         |       | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____                                                                                         |         |       | _____ | ..... |
| 3. Doxorubicin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.                                                 | 30 min. |       | _____ | _____ |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>                                                              | 1 tim.  |       | _____ | ..... |
| 5. Ifosfamid _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.                                                   | 2 tim.  | _____ | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg<br>Sätts i samma påse som ovan<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim.  | _____ | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>                                              |         | _____ | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>                                              |         | _____ | _____ | _____ |

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

- |                                                                                                                                            |         |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                                         |         |       | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____                                                                                         |         |       | _____ | ..... |
| 3. Doxorubicin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.                                                 | 30 min. |       | _____ | _____ |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>                                                              | 1 tim.  |       | _____ | ..... |
| 5. Ifosfamid _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.                                                   | 2 tim.  | _____ | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg<br>Sätts i samma påse som ovan<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim.  | _____ | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>                                              |         | _____ | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>                                              |         | _____ | _____ | _____ |

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

- |                                                                                                                                            |         |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                                         |         |  |  |  |  |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____                                                                                         |         |  |  |  |  |
| 3. Doxorubicin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.                                                 | 30 min. |  |  |  |  |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>                                                              | 1 tim.  |  |  |  |  |
| 5. Ifosfamid _____ mg<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.                                                   | 2 tim.  |  |  |  |  |
| 6. Mesna _____ mg<br>Sätts i samma påse som ovan<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim.  |  |  |  |  |
| 7. Mesna _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>                                              |         |  |  |  |  |
| 8. Mesna _____ mg<br>Ges peroralt<br><i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>                                              |         |  |  |  |  |

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

- |                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME<br>Ges subkutant |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- |                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME<br>Ges subkutant |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- |                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME<br>Ges subkutant |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- |                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME<br>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

\_\_\_\_\_