

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Sarkom

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ

Doxorubicin-Ifosfamid enl SSG XX

RegimID: NRB-7584

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 Intravenös infusion 60 mg/m ²	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 2000 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös infusion 400 mg/m ²	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 800 mg/m ²	x2	x2	x2																			
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Doxorubicin* - starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas.*Ifosfamid* - Hematuristicka görs dagligen. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: Neutrofila >1,0, TPK >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 2 och 6 timmar efter avslutad av Ifosfamid-infusion.*Prehydrering innan Ifosfamid* - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL.*Filgrastim*dos: <70 kg 30 ME, >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/m².**Dosjustering rekommendation**

Neutrofila < 1,0 och/eller TPK < 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Doxorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 1 tim. | | _____ | |
| 5. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 9. Kontroll av vikt eller diures | | | | |

DAG 2 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 1 tim. | | _____ | |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | _____ | _____ | _____ |
| 8. Kontroll av vikt eller diures | | | | |

DAG 3 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 1 tim. | | | |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | | |
| 5. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim. | | | |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | | |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | | |
| 8. Kontroll av vikt eller diures | | | | |

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
