

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____
 Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____
 Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Sarkom
Doxorubicin-Ifosfamid enl SSG XX
 Kurintervall: 21 dagar

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ

RegimID: NRB-7584

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																		

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 Eurosemid 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 Ifosfamid-infusion.*Prehydrering innan Ifosfamid* - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL.*Filgrastimdos*: <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 (Metyltonin) 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 | _____ |
| <hr/> | |
| 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.
<i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)</i> | 2 tim. _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(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
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - prehydrering 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.
(*Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.*) 2 tim. _____ _____
6. **Mesna** _____ mg
Ges peroralt
(*Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*) _____ _____ _____
7. **Mesna** _____ mg
Ges peroralt
(*Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*) _____ _____ _____
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
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - prehydrering
4. **Ifosfamid** _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
5. **Mesna** _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 2 tim.
(*Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.*)
6. **Mesna** _____ mg
Ges peroralt
(*Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*)
7. **Mesna** _____ mg
Ges peroralt
(*Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*)
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 subkutan

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutan

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutan

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutan

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutan

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