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-7584

Doxorubicin-Ifosfamid enl SSG XX

Diagnoskod: C49

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 (kroppsyta)	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 2000 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös infusion 400 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 800 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 *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.

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 (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 %.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-6-3d/

DAG 1 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. **Doxorubicin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	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. *(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion.)*	2 tim.		_____	_____
7. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
8. **Mesna _____ mg** Ges peroralt *(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*		_____	_____	_____
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 1 tim. _____ .....
   Intravenös infusion - prehydrering
4. **Ifosfamid _____ mg** 2 tim. _____ _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
5. **Mesna _____ mg** 2 tim. _____ _____
   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 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