

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

Ordnation/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.*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 - skjutt upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber dosreduceras följande kurer med 20 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskaapsbanken.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 <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
