

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

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ

RegimID: NRB-8179

Euroboss I - Ifosfamid-Doxorubicin

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
Ifosfamid Intravenös infusion 3000 mg/m ²	x1	x1																				
Mesna Intravenös injektion 600 mg/m ²	x4	x4																				
Doxorubicin Intravenös infusion 60 mg/m ²			x1																			
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 dagligen när Ifosfamid ges. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

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

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >1,0.

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K. När Ifosfamid ges kontrolleras också base-excess. Om metabolisk acidosis korrigera med 60 mmol Natriumbikarbonat.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges intravenöst 4, 8 och 12 timmar efter avslutad infusion. Om det ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges 2, 6 och 10 timmar efter avslutad infusion.*Hydrering* - dag 1-2 ges 2000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn.*Doxorubicin* - Max ackumulerad dos 550 mg/m². Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max dos 450 mg/m².*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5 i 8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 5. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.

Dosjustering rekommendation

Vid neutrofila <1,5, TPK <100 och LPK <1,0 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber (neutrofila < 0,5) dosreduceras i följande kur: Doxorubicin 100 %, Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber: Doxorubicin 100 %, Ifosfamid och Mesna 50 %.

Om kreatininstegring > 120 mikromol/L: Doxorubicin 100 %, Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om kvarstående kreatininstegring: Doxorubicin 100 %, Ifosfamid och Mesna 0.

Om perifer neuropati > grad 3: Doxorubicin 100 %, Ifosfamid och Mesna 0.

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. **Ifosfamid** _____ **mg** 2 tim. _____ _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
4. **Mesna** _____ **mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(*Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.*)
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 10 tim. _____ _____
- Intravenös infusion - hydrering
(*Kan startas samtidigt med Ifosfamid.*)
6. **Mesna** _____ **mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(*Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*)
7. **Mesna** _____ **mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(*Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*)
8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 10 tim. _____ _____
- Intravenös infusion - hydrering
9. **Mesna** _____ **mg** 3 min. _____ _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
(*Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.*)

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. **Ifosfamid** _____ mg
 i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
 Ges intravenöst under 2 tim.
4. **Mesna** _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)
5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.)
6. **Mesna** _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)
7. **Mesna** _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)
8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
9. **Mesna** _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)

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. **Doxorubicin** _____ mg
 i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
 Ges intravenöst under 24 tim.

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

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ ME
Ges subkutant