

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 EuroEwing 2012 IE (Ifosfamid-Etoposid)

Kurintervall: 14 dagar

Behandlingsavsikt: Adjuvant

RegimID: NRB-7227

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Peroral tablett 720 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1		

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

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 peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion. Om det ges intravenöst halveras dosen (360 mg/m²) och ges 4 och 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 6-8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 6. *G-CSF* (Peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi och ska avslutas minst 24 timmar före ny cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

Hypoalbuminemi

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |

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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 6 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | _____ | _____ |

DAG 4 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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | _____ | _____ |

DAG 5 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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | | | _____ | _____ |

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

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME

Ges subkutant
