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-7227

EuroEwing 2012 IE (Ifosfamid-Etopsid)

Kurintervall: 14 dagar

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 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1										
Mesna Peroral tablett 720 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2										
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						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 subkutant 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 *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 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 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 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 *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 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 *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 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 _____ .....
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Ifosfamid _____ mg** 1 tim. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.
4. **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____
   Ges intravenöst under 3 min.
   (Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)
5. **Etoposid _____ mg** 2 tim. _____ _____
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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