**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-8545

# **EuroEwing 2012 IE** (Ifosfamid-Etopsid)

Diagnoskod: C41.9

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<br>Intravenös infusion<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Ifosfamid<br>Intravenös infusion<br>1800 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Mesna<br>Intravenös injektion<br>360 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Mesna<br>Peroral tablett<br>720 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | | | | | | | | | | |
| Filgrastim<br>Subkutan injektion<br>0,5 ME/kg (kroppsvikt) | | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | |

Högemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration** *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 >1,0 TPK >100 och LPK >1,5.

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K. När Ifosfamid ges kontrolleras också base-excess. Om metabolisk acidos 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 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.

*Hydrering* - dag 1-5 ges 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn som prehydrering innan Ifosfamid.

*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.

*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.

**Dosjustering rekommendation**

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

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

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

*Vid kreatininstegring, allvarlig mukosit eller perifer neuropati* - dosreduktion enligt individuell bedömning.

*Hypoalbuminemi*

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

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument: :
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-5d/

## DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - prehydrering* | 2 tim. | | _____ | ..... |
| **4.** | **Ifosfamid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | 3 min. | | _____ | _____ |
| **6.** | **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **7.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)* | | | _____ | _____ |
| **8.** | **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - prehydrering* | 2 tim. | | _____ | ..... |
| **4.** **Ifosfamid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | 3 min. | | _____ | _____ |
| **6.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **7.** **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)* | | | _____ | _____ |
| **8.** **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - prehydrering* | 2 tim. | | _____ | ..... |
| **4.** **Ifosfamid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | 3 min. | | _____ | _____ |
| **6.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **7.** **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)* | | | _____ | _____ |
| **8.** **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Intravenös infusion - prehydrering* | 2 tim. | | _____ | ..... |
| **4.** **Ifosfamid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Mesna _____ mg**<br>Ges intravenöst under 3 min.<br>*(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)* | 3 min. | | _____ | _____ |
| **6.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **7.** **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)* | | | _____ | _____ |
| **8.** **Mesna _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(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.** 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml 2 tim. _____ .....
*Intravenös infusion - prehydrering*

**4.** **Ifosfamid _____ mg** 1 tim. _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.

**5.** **Mesna _____ mg** 3 min. _____ _____
Ges intravenöst under 3 min.
*(Ges vid start av Ifosfamid-infusion. Kan också blandas i infusionen.)*

**6.** **Etoposid _____ mg** 2 tim. _____ _____
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.

**7.** **Mesna _____ mg** _____ _____
Ges peroralt
*(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)*

**8.** **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