

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

Behandlingsavsikt: Adjuvant

EuroEwing 2012 VDC

RegimID: NRB-8546

(Vinkristin-Doxorubicin-Cyklofosfamid)

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Vinkristin Intravenös infusion 2 mg/m ²	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m ²	x1														
Mesna Intravenös injektion 240 mg/m ²	x1														
Mesna Peroral tablett 480 mg/m ²	x2														
Doxorubicin Intravenös infusion 37,5 mg/m ²	x1	x1													
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. För behandlingsstart neutrofila >1,5 och TPK >100.

Hydrering - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL som prehydrering före Cyklofosfamid och 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL som posthydrering.*Mesna*, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Cyklofosfamid. Efterföljande doser ges peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad infusion. Om det ges intravenöst ges 240 mg/m², 4 och 8 timmar efter avslutad infusion.*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 4. 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, ge: Doxorubicin 75 % och Cyklofosfamid 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber, ge: Doxorubicin 50 % och Cyklofosfamid 50 %.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 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> | 2 tim. | | _____ | |
| 4. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | 5 min. | | _____ | _____ |
| 5. Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min. | 60 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Cyklofosfamid-infusionen) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - posthydrering</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 8. Doxorubicin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 9. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges 2 timmar efter avslutad infusion av Cyklofosfamid) | | | _____ | _____ |
| 10. Mesna _____ mg
Ges peroralt
(Ges 6 timmar efter avslutad infusion av Cyklofosfamid) | | | _____ | _____ |

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

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