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-8753

EuroEwing 2012 VDC

(Vinkristin-Doxorubicin-Cyklofosfamid)

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
Vinkristin Intravenös infusion 2 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 1200 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Doxorubicin Intravenös infusion 37,5 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													
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. 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.

Vid behov och enligt lokala rutiner kan Mesna ges i samband med start av Cyklofosfamid med 2 efterföljande doser.

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 subkutant dag 4. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.

Dosjustering rekommendation

Vid neutrofila <1,0, TPK <100 och LPK <1,5 - 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 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-6-2dgr/

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - prehydrering*	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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Intravenös infusion - posthydrering*	2 tim.		_____	.....
7. **Doxorubicin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim.	24 tim.		_____	_____

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. **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