

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

RegimID: NRB-9036

MAID (Dakarbazin-Doxorubicin-Ifosfamid-Mesna)

Diagnoskod: C49

Kurintervall: 28 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Doxorubicin Intravenös infusion 15 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Mesna Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Mesna Peroral tablett 600 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2																		
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Intravenös infusion 15 mg/m ² (kroppsyta)								
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m ² (kroppsyta)								
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m ² (kroppsyta)								
Mesna Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta)								
Mesna Peroral tablett 600 mg/m ² (kroppsyta)								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)								

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Doxorubicin och Dakarbazin- starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas. Om perifer infart ges Dakarbazin på 2 timmar.

Dakarbazin är ljuskänsligt. Alla beredda lösningar skall därför vara skyddade för ljus också under administrering.

Ifosfamid - Hematuristicka görs dagligen. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Viktkontroll görs dagligen. Vid viktuppgång på mer än 2 kg, ge Furosemid 20-40 mg i.v.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: Neutrofila >1,0, TPK >80.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Blandas med fördel i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad av Ifosfamid-infusion.

Prehydrering innan Ifosfamid - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL.

Filgrastimos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 5. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad 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.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m².

Dosjustering rekommendation

Neutrofila < 1,0 och/eller TPK < 80 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber dosreduceras följande kurer med 20 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument :

<https://kunkskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-3d/>

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.	Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
4.	Dakarbazin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>			1 tim.		_____	.....
6.	Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
7.	Mesna _____ mg Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)</i>			2 tim.		_____	_____
8.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>					_____	_____
9.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>					_____	_____
10.	Kontroll av vikt eller diures					_____	.....

DAG 2	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.	Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
4.	Dakarbazin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>			1 tim.		_____	.....
6.	Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
7.	Mesna _____ mg Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)</i>			2 tim.		_____	_____
8.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>					_____	_____
9.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>					_____	_____
10.	Kontroll av vikt eller diures						.....

DAG 3	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.	Doxorubicin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
4.	Dakarbazin _____ mg i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>			1 tim.		_____	.....
6.	Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
7.	Mesna _____ mg Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)</i>			2 tim.		_____	_____
8.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>				_____	_____	_____
9.	Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>				_____	_____	_____
10.	Kontroll av vikt eller diures					_____	.....

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

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant