

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
CWS 2014 - I2VA, kur 3 och 4

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ

(Ifosfamid-Vinkristin-Daktinomycin)

RegimID: NRB-8550

Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Ifosfamid Intravenös infusion 3000 mg/m ²	x1	x1																				
Mesna Intravenös injektion 600 mg/m ²	x4	x4																				
Vinkristin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²	x1																					
Daktinomycin Intravenös infusion 1,5 mg/m ²	x1																					
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1										

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Daktinomycin* - Starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas.*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 >1,5, TPK >100 och LPK >1,0.

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K. När Ifosfamid ges kontrolleras också base-excess. Om metabolisk acidosis korrigeras 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 intravenöst 4, 8 och 12 timmar efter avslutad infusion. Om det ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges 2, 6 och 10 timmar efter avslutad infusion.*Hydrering* - dag 1-2 ges 2000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn.*Daktinomycin* - ges ej under eller i anslutning till radioterapi.*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5 i 8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 5.

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: Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber: Ifosfamid och Mesna 50 %.

Om kreatininstegring > 120 mikromol/L: Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om kvarstående kreatininstegring: Ifosfamid och Mesna 0.

Om perifer neuropati > grad 3: Ifosfamid och Mesna 0.

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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim. | 3 tim. | _____ | _____ | _____ | |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ | |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.)</i> | 10 tim. | _____ | _____ | _____ | |
| 6. Vinkristin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | _____ | _____ | _____ | |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ | |
| 8. Daktinomycin _____ mg
i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 15 min. | 15 min. | _____ | _____ | _____ | |
| 9. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ | |
| 10. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i> | 10 tim. | _____ | _____ | _____ | |
| 11. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ | |

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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim. | 3 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering
(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.) | 10 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Intravenös infusion - hydrering | 10 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 9. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | _____ | _____ | _____ |

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