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 - Testikelcancer och extragonadal könscellstumör

RegimID: NRB-6096

EMA-CO

Diagnoskod: C62

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 Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1													
Daktinomycin Intravenös infusion 0,5 mg (standarddos)	x1	x1													
Metotrexat Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 200 mg/m^2 (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x3													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)				x1											
Vinkristin Intravenös infusion 1 mg/m^2 (kroppsyta)								x1							
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m^2 (kroppsyta)								x1							

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Daktinomycin - starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus.

Metotrexat - Kalciumfolinat dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt.

Överväg primär G-CSF profylax.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

Neutrofila $<$ 1,0 och TPK $<$ 100 - dosreducera Etoposid och Cyklofosfamid till 75 %. Övriga läkemedel ges i fulldos.

Om även efter dosreduktion neutrofila $<$ 1,0 eller TPK $<$ 100 vid start av kur ges i fortsättningen 50 % av Etoposid och Cyklofosfamid. Övriga läkemedel ges i fulldos.

Hypoalbuminemi

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

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. **Etoposid _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
4. **Daktinomycin _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
5. **Metotrexat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.	_____	_____	_____
6. **Metotrexat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim.	12 tim.		_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
   _____ .....

2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....

3. **Etoposid _____ mg**
   i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.
   1 tim. _____ _____

4. **Daktinomycin _____ mg**
   i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
   30 min. _____ _____

5. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (Start 24 timmar efter start av Metotrexat-infusion, ges var 6:e timme.)
   _____ _____ _____

6. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

7. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

2. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

3. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

4. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**
   Ges peroralt
   (6 timmar efter föregående dos)
   _____ _____ _____

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
3. **Vinkristin _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____