

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Testikelcancer och

Behandlingsavsikt: Kurativ, Palliativ

extragonadal könszellstumör

EMA-CO

RegimID: NRB-7821

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	x1	x1													
Daktinomycin Intravenös infusion 0,5 mg	x1	x1													
Metotrexat Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 200 mg/m ²	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg		x3													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x4												
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg			x1												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x1											
Vinkristin Intravenös infusion 1 mg/m ²								x1							
Cyklofosfamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ²								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.

Peg-filgrastim ges dag 3. Alternativt kan G-CSF ges dag 3-7 och dag 10-13. De får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytotostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Neutrofila < 1,0 och TPK < 100 - dosreducera Etoposid och Cyklofosamid 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 Cyklofosamid. 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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
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 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____
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 <i>(Start 24 timmar efter start av Metotrexat-infusion, ges var 6:e timme.)</i>			_____	_____
6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____
7. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____
2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____
3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____
4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____
5. Pegfilgrastim _____ mg Ges subkutant			_____	_____

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt <i>(6 timmar efter föregående dos)</i>			_____	_____
---	--	--	-------	-------

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. **Cyklofosamidmonohydrat** _____ **mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

_____ _____