

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: Palliativ

extragonadal könszellstumör

Irinotekan-Oxaliplatin

RegimID: NRB-6098

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	
Irinotekan Intravenös infusion 80 mg/m ²	x1							x1							x1							
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m ²	x1														x1							
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg			x1	x1	x1	x1				x1	x1	x1	x1								x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Irinotekan Intravenös infusion 80 mg/m ²								
Oxaliplatin Intravenös infusion 85 mg/m ²								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg	x1	x1	x1	x1				

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Irinotekan* - Var observant på akut kolinerget syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).**Anvisningar för ordination**

Blodstatus inkl. neutrofila. Neutrofila >1,5 och TPK >100. Vid behandlingsstart bör GI-biverkningar ha återgått till grad 0-1.

Irinotekan - premedicinering: ge subkutan Atropin 0,25 mg mot akut kolinerget syndrom 30 minuter före Irinotekan. Dosen kan upprepas.*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, vid svåra symtom – förläng infusionstiden till 2-6 timmar.*Filgrastimdos*: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 4, 11 och 21. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila < 1,5 och/eller TPK < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

Har patienten haft GI-biverkningar av grad 2 tidigare rekommenderas dosreduktion till 75% av Irinotekan.

Vid uttalade parestesier med smärta och /eller funktionsstörning som kvarstår vid start av följande kur, bör Oxaliplatin ej ges.

DAG 1	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					_____
	<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i>						

3.	Irinotekan	_____ mg		30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml						
	Ges intravenöst under 30 min.						
4.	Oxaliplatin	_____ mg		60 min.		_____	_____
	i 500 ml Glukos 50 mg/ml						
	Ges intravenöst under 60 min.						

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Filgrastim	_____ ME				_____	_____
	Ges subkutant						

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 8	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					_____
	<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i>						

3.	Irinotekan _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml						
	Ges intravenöst under 30 min.						

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						

DAG 13	Datum _____	Beställs till kl _____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	Filgrastim _____ ME					_____	_____
	Ges subkutant						

DAG 15	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					_____
	<i>(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan.)</i>						

3.	Irinotekan _____ mg			30 min.		_____	_____
	i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml						
	Ges intravenöst under 30 min.						
4.	Oxaliplatin _____ mg			60 min.		_____	_____
	i 500 ml Glukos 50 mg/ml						
	Ges intravenöst under 60 min.						

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant