

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Testikelcancer och
 extragonadal könszellstumör

RegimID: NRB-6108

TIP (Cisplatin-Ifosfamid-Paklitaxel)

Diagnoskod: C62

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
Paklitaxel Intravenös infusion 250 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 300 mg/m ² (kroppsyta)		x3	x3	x3	x3																	
Cisplatin Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Cisplatin* Dagligt vätskeintag > 2000 mL, dag 2 till 6.

Vikt eller diureskontroll.

Vid viktökning 2 till 3,4 kg ges tablett Furosemid 40 mg.

Vid viktökning mer än 3,5 kg överväg iv Furosemid 10 till 20 mg.

Ifosfamid Hematuristicka vid behov. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.*Paklitaxel* Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion. Överkänslighetsreaktioner är vanliga, särskilt kur 1 och 2.

Blodtryck och puls före start.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

Om S kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (cystatin C, iohexol eller motsvarande).

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 och 8 timmar efter avslutad infusion. Om det ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges 2 och 6 timmar efter avslutad infusion.

Cisplatin under behandlingsdygnet ges minst 2 liter vätska extra. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck. Dygnet efter sista Cisplatininfusionen ges minst 2 liter vätska.

Paklitaxel Premedicinering med kortison och antihistaminer t.ex. peroral behandling med Betametason 12 mg och Desloratadin 10 mg som ges 1 till 2 timmar före behandlingsstart.

Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

Neutrofila mellan 0,5 till 1,0 och TPK \geq 50 Ge behandling i fulldos. OBS! om TPK cirka 50 skall nadir ha passerats.

Neutrofila $<$ 0,5 och TPK \geq 50 Behandlingen skjuts upp högst 3 dagar. Behandlingen kan dock ges följt av G-CSF om situationen så kräver.

TPK $<$ 50 Behandlingen skjuts upp tills TPK \geq 50.

Nedsatt njurfunktion ålder 18 till 50 år normalvärde GFR 80 till 125 ml/min.

GFR 50 till 59 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2 till 5.

GFR 40 till 49 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2 till 4.

GFR $<$ 40 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ersätts med Karboplatin doserat enligt Calverts formel, AUC 7, endast dag 2!

Nedsatt njurfunktion ålder 51 till 65 år normalvärde GFR 60 till 110 ml/min.

GFR 40 till 49 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2 till 5.

GFR $<$ 40 ml/min: Paklitaxel och Ifosfamid 100%. Cisplatin ersätts med Karboplatin doserat enligt Calverts formel, AUC 7, endast dag 2!

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>, Dag 2-5:

<http://optiv12.cancercentrum.se/vuxen-regimer/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-4d/>. Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondosor ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

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

_____ | _____ | |
| 3. Premedicinering för Paklitaxel
<i>(Kontroll blodtryck och puls)</i> | _____ | |
| 4. Paklitaxel _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | _____ |

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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering
(Ges parallellt med Ifosfamid-infusionen)</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 3 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering (Ges parallellt med Ifosfamid-infusionen)</i>	2 tim.		_____
4. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
5. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>	3 min.		_____	_____
6. Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
7. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>	3 min.		_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>	3 min.		_____	_____

DAG 4 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering (Ges parallellt med Ifosfamid-infusionen)</i>	2 tim.		_____
4. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
5. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i>	3 min.		_____	_____
6. Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
7. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>	3 min.		_____	_____
8. Mesna _____ mg Ges intravenöst under 3 min. <i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>	3 min.		_____	_____

DAG 5 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. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - prehydrering
(Ges parallellt med Ifosfamid-infusionen)</i> | 2 tim. | | _____ | |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

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

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant