

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Trofoblasterjukdomar
EMA (CNS)-CO

Behandlingsavsikt: Kurativ

C55

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 500 mg/m ²	x2														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg		x2													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg				x4											
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg					x2										
Vinkristin Intravenös infusion 0,8 mg/m ²								x1							
Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ²								x1							
Metotrexat Intratekal injektion 12,5 mg									x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg										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 samt hCG. För behandlingsstart neutrofila > 1.5 , LPK $\geq 2,5$, TPK ≥ 75 , Hb > 100 .

Metotrexat - prehydrering med Natriumklorid 9 mg/ml 1000 ml med tillsats 20 mmol Kalium ges på 2 timmar före start Metotrexat. Kalciumfolinat dag 2 startas 26 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 6:e timme. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt.

Intratekalt Metotrexat - Kalciumfolinat dag 10 ges 24 tim efter it injektion. Dagligt vätskeintag på cirka 1,5 liter rekommenderas behandlingsdagar samt 2 dagar efter.

Överväg primär G-CSF profylax.

Dosreduktion rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Neutrofila $< 1,5$ och TPK < 75 - dosreducera Etoposid och Cyklofosamid till 75 %. Profylaktiskt G-CSF. Övriga läkemedel ges i fulldos.

hCG skall halveras mellan varje kur. Vid plåtå eller stegring av hCG överväg terapibyter.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

Tablett/Injektion Antiemetika

Etoposid _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

60 min.

Daktinomycin _____ mg

i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Intravenös infusion - prehydrering (Tillsats 20 mmol Kalium.)

2 tim.

Metotrexat _____ mg

i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 12 tim.

12 tim.

Metotrexat _____ mg

i 1000 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	
500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>							_____
Tablett/Injektion Antiemetika _____							_____
Etoposid _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.							_____	_____
Daktinomycin _____ mg i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.							_____	_____
Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 26 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)							_____	_____
Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 32 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)							_____	_____

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 38 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)							_____	_____
Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 44 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)							_____	_____
Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 50 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)							_____	_____
Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 56 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)							_____	_____

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

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 62 timmar efter start av
Metotrexat-infusion.)

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 68 timmar efter start av
Metotrexat-infusion.)

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 74 timmar efter start av
Metotrexat-infusion.)

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 80 timmar efter start av
Metotrexat-infusion.)

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 86 timmar efter start av
Metotrexat-infusion.)

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 92 timmar efter start av
Metotrexat-infusion.)

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista
läkemedlet

Tablett/Injektion Antiemetika

Vinkristin _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

30 min.

Ges intravenöst under 30 min.

Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

30 min.

Ges intravenöst under 30 min.

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Metotrexat _____ mg

Ges intratekalt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 24 timmar efter Metotrexat it.)