

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

RegimID: NRB-6406

EMA (CNS)-EP

Diagnoskod: 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 (kroppsyta)	x1														
Daktinomycin Intravenös infusion 0,5 mg (standarddos)	x1														
Metotrexat Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)	x2														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)		x2													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)			x4												
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)				x4											
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)					x2										
Etoposid Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)								x1							
Cisplatin Intravenös infusion 75 mg/m ² (kroppsyta)								x1							
Metotrexat Intratekal injektion 12,5 mg (standarddos)									x1						
Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos)										x1					

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration*Daktinomycin* - starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.*Cisplatin* - vikt eller diureskontroll. Vid viktuppgång > 1 kg ges Furosemid 20-40 mg iv.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod- och elektrolytstatus, kreatinin samt hCG. För behandlingsstart neutrofila > 1,5, LPK \geq 2,5, TPK \geq 100, Hb > 100.

Om S-kreatinin stiger mer än 25 % mellan 2 kurer görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol-, kreatininclearance eller motsvarande).

Metotrexat - prehydrering med Natriumklorid 9 mg/ml 1000 ml med tillsats 20 mmol Kaliumklorid 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.

Cisplatin - Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck.

Överväg primär G-CSF profylax.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

Neutrofila < 1,5 och TPK < 75 - överväg dosreduktion av Etoposid och Cisplatin. Övriga läkemedel ges i fulldos.

hCG skall halveras mellan varje kur. Vid platå eller stegring av hCG överväg terapibyte.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/>, dag

8: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/>

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

1.	500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet				_____
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____				_____
3.	Etoposid _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.			_____	_____
4.	Daktinomycin _____ mg i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.			_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Intravenös infusion - prehydrering (Tillsats 20 mmol Kaliumklorid.)	2 tim.			_____
6.	Metotrexat _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim.	12 tim.			_____	_____
7.	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**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 26 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

2. 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**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 38 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 44 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

(Ges 50 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

4. 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**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

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

2. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

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

3. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

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

4. 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**

1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

Ges peroralt

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

2. 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**

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |

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

- | | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|-------|
| 1. Metotrexat _____ mg
Ges intratekalt | | | _____ | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|-------|

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|-------|
| 1. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 24 timmar efter Metotrexat it.)</i> | | | _____ | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|-------|