

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

Behandlingsavsikt: Kurativ

RegimID: NRB-6404

EMA-COb

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 | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Daktinomycin Intravenös infusion 0,5 mg (standarddos) | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat Intravenös infusion 300 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos) | | x2 | x2 | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin Intravenös infusion 0,8 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | |
| Cyklofosamidmonohydrat Intravenös infusion 600 mg/m ² (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | |
| Metotrexat Intratekal injektion 12,5 mg (standarddos) | | | | | | | | | x1 | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt) Peroral tablett 15 mg (standarddos) | | | | | | | | | | x1 | | | | | |

Medeleemetogen.

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 > 2,5, TPK > 100, Hb > 100.

*Intratekalt Metotrexat ges kur 1-3. Kalciumfolinat dag 10 ges 24 tim efter it injektion.**EMA (Etoposid och Daktinomycin) dag 2 seponeras vid hCG-negativitet!**Metotrexat* - Kalciumfolinat dag 2 startas 24 tim efter start av Metotrexat infusion. Ges därefter var 12:e timme i fyra doser. Doserna kan ges i.v. i samma dos som peroralt.

Dagligt vätskeintag på cirka 1,5 liter rekommenderas behandlingsdagar samt 2 dagar efter.

Överväg primär G-CSF profylax.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Neutrofila < 1,5 och TPK < 100 - överväg dosreduktion av Etoposid och Cyklofosamid till 75 %. Profylaktiskt G-CSF.
Övriga läkemedel ges i fulldos.

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

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1:

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-2d/\(2dgr\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-2d/(2dgr)),
dag 8: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-1-dag>

DAG 1 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 500 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 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. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | _____ | |
| 3. Etoposid _____ mg i 500 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 (Ges 24 timmar efter start av Metotrexat-infusion.) | | | | _____ | _____ |
| 6. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg Ges peroralt (Ges 36 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 48 timmar efter start av Metotrexat-infusion.)

2. **Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg**

Ges peroralt

(Ges 60 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

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. **Vinkristin _____ mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg**

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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

(Ges 24 timmar efter Metotrexat it.)
