**Datum:** _____

**Läkare:** _____

**Kur nr:** _____

**Längd (cm):** _____ **Vikt (kg):** _____

**Yta ($m^2$):** _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Trofoblastsjukdomar

RegimID: NRB-6404

# EMA-COb

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<br>Intravenös infusion<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Daktinomycin<br>Intravenös infusion<br>0,5 mg (standarddos) | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | |
| Metotrexat<br>Intravenös infusion<br>300 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | x2 | x2 | | | | | | | | | | | | |
| Vinkristin<br>Intravenös infusion<br>0,8 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | |
| Cyklofosfamidmonohydrat<br>Intravenös infusion<br>600 mg/$m^2$ (kroppsyta) | | | | | | | | x1 | | | | | | | |
| Metotrexat<br>Intratekal injektion<br>12,5 mg (standarddos) | | | | | | | | | x1 | | | | | | |
| Kalciumfolinat (vattenfritt)<br>Peroral tablett<br>15 mg (standarddos) | | | | | | | | | | 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 $> 2,5$, 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 dosredution av Etoposid och Cyklofosfamid till 75 %. Profylaktiskt G-CSF. 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-4-2d/ Dag 8: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-1d/

## DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Etoposid _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Daktinomycin _____ mg**<br>i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| **5.** **Metotrexat _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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 _____ .....
   *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
   _____
   _____
3. **Etoposid _____ mg** 1 tim. _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.
4. **Daktinomycin _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 30 min.
4. **Cyklofosfamidmonohydrat _____ mg** 30 min. _____ _____
   i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 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.)*