

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Urinblåse- och

Behandlingsavsikt: Neoadjuvant, Palliativ

urinvägscancer

M-VAC 14 (Cisplatin-Doxorubicin-Metotrexat-Vinblastin)

C65-C68

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Metotrexat Intravenös infusion 30 mg/m ²	x1														
Vinblastin Intravenös infusion 3 mg/m ²		x1													
Doxorubicin Intravenös infusion 30 mg/m ²		x1													
Cisplatin Intravenös infusion 70 mg/m ²		x1													
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg				x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1			

Högemetogen. Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Under andra behandlingsdygnet ges minst 4 liter vätska.

Vikt, vid viktökning > 2 kg ges furosemid.

Anvisningar för ordination

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 4 i 6-10 dygn eller tills LPK >10.

Eventuellt kan kalciumfolinat ges enligt FASS för att minska slemhinnetoxicitet.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

Tablett/Injektion Antiemetika

Metotrexat _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

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								_____
	Vinblastin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 5 min.						5 min.		_____	_____
	Doxorubicin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.						2 tim.		_____	_____
	Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.						2 tim.		_____	_____
	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - posthydrering</i>						1 tim.		_____
DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____
DAG 5	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____
DAG 6	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____
DAG 7	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____
DAG 8	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____
DAG 9	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____
DAG 10	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta	ja	nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign	
	Filgrastim _____ ME Ges subkutant								_____	_____

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Filgrastim _____ **ME**
Ges subkutant

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

Filgrastim _____ **ME**
Ges subkutant
