

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Sarkom

RegimID: NRB-8176

Euroboss I - Cisplatin-Doxorubicin

Diagnoskod: C40-41

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | Ny kur dag 22 |
|--|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|
| Cisplatin Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doxorubicin Intravenös infusion 60 mg/m ² (kroppsyta) | | | x1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt) | | | | | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas.

Vikt eller diureskontroll.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila. För behandlingsstart neutrofila >1,5, TPK >100 och LPK >1,0.

Kreatinin inför varje kurstart, vid behov kontrolleras njurclearance, se ovan.

Dag 2 kontroll av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K, P-fosfat.

Doxorubicin - Max ackumulerad dos 550 mg/m². Om ökad risk för hjärttoxicitet (given/planerad strålbehandling mot hjärtat, hög ålder, långvarig hypertoni eller hjärtsjukdom) max dos 450 mg/m².*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 5 i 8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutant dag 5. Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikabehandling.**Dosjustering rekommendation**

Vid neutrofila <1,5, TPK <100 och LPK <1,0 - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber (neutrofila < 0,5) dosreduceras i följande kur: Cisplatin 100 %, Doxorubicin 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber: Cisplatin 100 %, Doxorubicin 50 %.

Om kreatininstegring > 120 mikromol/L: Cisplatin 75 %, Doxorubicin 100 %.

Om kvarstående kreatininstegring: Cisplatin 0 , Doxorubicin 100 %.

Om perifer neuropati > grad 3: Cisplatin 0 , Doxorubicin 100 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument :

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-3d/> (3dgr)

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

- | | | | | | |
|----|--|---------|--|--|--|
| 1. | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | |
| 2. | Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | |
| 3. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | | | |
| 4. | Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | | |
| 5. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt (Ges parallellt med Cisplatin.)</i> | 12 tim. | | | |
| 6. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt (Ges parallellt med Cisplatin.)</i> | 12 tim. | | | |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|----|--|---------|--|--|--|
| 1. | 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | |
| 2. | Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | |
| 3. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i> | 2 tim. | | | |
| 4. | Cisplatin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | | |
| 5. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt (Ges parallellt med Cisplatin.)</i> | 12 tim. | | | |
| 6. | 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt (Ges parallellt med Cisplatin.)</i> | 12 tim. | | | |

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | | |
| 3. Doxorubicin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | _____ | _____ | _____ | |
| 4. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt (Ges parallellt med Doxorubicin.)</i> | 12 tim. | _____ | _____ | _____ | |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt (Ges parallellt med Doxorubicin.)</i> | 12 tim. | _____ | _____ | _____ | |

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

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

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

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Filgrastim _____ ME Ges subkutant | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant