

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-8177

Euroboss I - Ifosfamid-Cisplatin

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
Ifosfamid Intravenös infusion 3000 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1																				
Mesna Intravenös injektion 600 mg/m ² (kroppsyta)	x4	x4																				
Cisplatin Intravenös infusion 50 mg/m ² (kroppsyta)			x1	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*Ifosfamid* - Hematuristicka dagligen när Ifosfamid ges. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Viktkontroll görs dagligen. Vid viktuppgång på mer än 2 kg, ge Furosemid 20-40 mg i.v.

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.

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K, P-fosfat. När Ifosfamid ges kontrolleras också base-excess. Om metabolisk acidosis korrigeras med 60 mmol Natriumbikarbonat.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges intravenöst 4, 8 och 12 timmar efter avslutad infusion. Om det ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges 2, 6 och 10 timmar efter avslutad infusion.

Hydrering - dag 1-2 ges 2000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn.*Hydrering* - dag 3-4 ges prehydrering med 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL och därefter ges 2 x 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL parallellt med Cisplatin per dygn.

G-CSF dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 6. 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 %, Ifosfamid och Mesna 75 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber: Cisplatin 100 % Ifosfamid och Mesna 50 %.

Om kreatininstegring > 120 mikromol/L: Cisplatin 75 % Ifosfamid och Mesna 100 %.

Om kvarstående kreatininstegring: Cisplatin 0 Ifosfamid och Mesna 100 %.

Om perifer neuropati > grad 3: Cisplatin 0 Ifosfamid och Mesna 100 %.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

[https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-4d/\(4dgr\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-4d/(4dgr))

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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i>
(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.) | 10 tim. | | _____ | |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i> | 10 tim. | | _____ | |
| 9. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.) | 3 min. | | _____ | _____ |

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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering
(Kan startas samtidigt med Ifosfamid.)</i> | 10 tim. | | _____ | |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Intravenös inj 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-
infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Intravenös inj 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-
infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - hydrering</i> | 10 tim. | | _____ | |
| 9. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Intravenös inj 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-
infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

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. 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 4 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 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

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Filgrastim** _____ **ME**
Ges subkutant