

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-8548

Ifosfamid högdos

Diagnoskod: C49

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 2000 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Mesna Intravenös infusion 400 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 2000 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1																
Mesna Intravenös infusion 1200 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1	x1																
Mesna Intravenös injektion 400 mg/m ² (kroppsyta)							x3															
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)								x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1							

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

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

Hematuristicka görs dagligen. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Base-excess kontrolleras dagligen. Om metabolisk acidosis korrigeras med 60 mmol Natriumbikarbonat.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: Neutrofila $>1,5$, TPK >100 .

Mesna - blandas i samma infusion som Ifosfamid. Avslutande doser dag 7 ges intravenöst 4, 8 och 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion. Om Mesna ges peroralt ges det 2, 6 och 10 timmar i dubbel dos efter avslutad av Ifosfamid-infusion.

Dag 1: Prehydrering innan Ifosfamid - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL. Hydrering med 2000 mL NaCl 9 mg/ml ges parallellt med 24 tim Ifosfamid-infusionen.

Dag 2-6: Hydrering med 3000 mL NaCl 9 mg/ml ges parallellt med 24 tim Ifosfamid-infusionen.

Dag 7: Patienten dricker själv 2000 mL/12 timmar.

Filgrastimdos: <70 kg 30 ME, >70 kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 7. Den första dosen filgrastim (peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Ifosfamid inducerad CNS-toxicitet (hallucinationer, mardrömmar, konfusion, synstörningar) avbryt infusionen och ge Metylenblått (Metyltionin) 50 mg i.v. var 8:e timme. Ifosfamid ges inte mer i denna kur. I följande kurer ges profylaktiskt Metylenblått 50 mg i.v., 3-6 gånger.

Dosjustering rekommendation

Neutrofila $< 1,5$ och/eller TPK < 100 - skjut upp behandlingen en vecka.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-5d//>

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5b-5d/> (5 dgr)

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.	Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 4 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.)</i>			4 tim.	_____	_____	_____
5.	Mesna _____ mg Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 4 tim.			4 tim.		_____	_____
6.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>			12 tim.	_____	_____
7.	Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 24 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.)</i>			24 tim.	_____	_____	_____
8.	Mesna _____ mg Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 24 tim.			24 tim.		_____	_____
9.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - ges parallellt</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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim.
(<i>Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.</i>) | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim.
(<i>Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.</i>) | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 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. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim.
(<i>Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.</i>) | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |

DAG 5 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 24 tim.
(<i>Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.</i>) | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | | _____ | _____ |

DAG 6 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 24 tim.
<i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma påse.)</i> | 24 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Mesna _____ mg
Sätts i samma påse som ovan
Ges intravenöst under 24 tim. | 24 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 6. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 7. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i> | 8 tim. | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--------|-------|-------|-------|
| 1. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 4 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 2. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 8 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |
| 3. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges 12 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | _____ | _____ | _____ |

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

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant