

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Hjärntumörer

RegimID: NRB-6144

Karbo-EI (Karboplatin-Etoposid-Ifosfamid)

Diagnoskod: C71

Kurintervall: 42 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	
Karboplatin Intravenös infusion 7 x (GFR+25) mg	x1																					
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m ² (kroppsyta)																						
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m ² (kroppsyta)																						
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)				x1																		

Dag	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	Ny kur dag 43
Karboplatin Intravenös infusion 7 x (GFR+25) mg																						
Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 360 mg/m ² (kroppsyta)	x3	x3	x3	x3	x3																	
Pegfilgrastim Subkutan injektion 6 mg (standarddos)							x1															

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vikt eller diureskontroll. Vid viktökning > 2 kg ges Furosemid.

Ifosfamid - Hematuristicka 1 gång/dag under Ifosfamidinfusioner. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

Base-excess kontrolleras dagligen. Om metabolisk acidosis, pH <7,0, korrigeras med 60 mmol Natriumbikarbonat intravenöst.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerad GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Mesna, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosamid. Kan med fördel blandas i samma infusion som Ifosamid. Efterföljande doser ges timme 4 och 8 om de ges i.v. Om de ges peroralt ökas dosen till det dubbla och ges timme 2 och 6 efter avslutad Ifosamid-infusion.

Peg-filgrastim - Den första dosen får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi.

Dosjustering rekommendation

Hematologisk toxicitet

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

Om ej neutropeni överväg doseskalering dag 43 till AUC 8.

Albumin

Vid P/S albumin < 30 g/L reduceras dosen Etoposid till 75-80 % pga högre biotillgänglighet.

Ifosamid - Om CNS-toxicitet (hallucinationer, mardrömmar, konfusion, synstörningar) avbryt infusionen och ge Metyltionin (metylenblått) 50 mg var 8:e timme intravenöst.

Ifosamid ges inte mer i denna kur. I följande kurer ges Metyltionin 50 mg, 3 gånger intravenöst.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1

https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/_Dag

22: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-4d/>
alternativt

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5b-4d/>

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. Karboplatin _____ mg i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____
4. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | _____ | _____ |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Pegfilgrastim _____ mg
Ges subkutant
<i>(Ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi)</i> | | _____ | _____ |
|--|--|-------|-------|

DAG 22 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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 23 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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 24 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. Etoposid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
(Fungerar även som hydrering.)</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. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| 1. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
(Fungerar även som hydrering.)</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. lfosfamid _____ 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 lfosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter avslutad lfosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter avslutad lfosfamid-infusion.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. Pegfilgrastim _____ mg
Ges subkutant
<i>(Ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi)</i> | | | _____ | _____ |
|--|--|--|-------|-------|