

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Urinblåse- och
 urinvägscancer

RegimID: NRB-405

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

Diagnoskod: C65-C68

Kurintervall: 14 dagar

Ordnation/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 (kroppsyta)	x1														
Vinblastin Intravenös infusion 3 mg/m ² (kroppsyta)		x1													
Doxorubicin Intravenös infusion 30 mg/m ² (kroppsyta)		x1													
Cisplatin Intravenös infusion 70 mg/m ² (kroppsyta)		x1													
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)				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 till 10 dygn eller tills LPK >10.

Eventuellt kan kalciumfolinat ges enligt FASS för att minska slemhinnetoxicitet.

Dosjustering rekommendation

LPK 2,0 till 2,9 och/eller TPK 50 till 75 och/eller neutrofila 1,0-1,5 ge 50 % av dosen för Metotrexat, Vinblastin, Doxorubicin och 75 % av dosen för Cisplatin.

LPK < 2,0 och/eller TPK < 50 behandlingen uppskjutes.

Om GFR 45 till 59 ml/min/1,73 m², dela Cisplatindosen på 2 dagar.Om GFR < 45 ml/min/1,73 m², hydreras patienten under max 2 dygn. Om ingen förbättring av GFR ges inte denna behandling.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/> Dag 2:<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/>**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. 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**

- | | | | | | |
|--|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | | _____ | |
| 3. Vinblastin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 5 min. | | 5 min. | | _____ | _____ |
| 4. Doxorubicin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. 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**

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

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