

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-8545

EuroEwing 2012 IE (Ifosfamid-Etoposid)

Diagnoskod: C41.9

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Ny kur dag 15 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Etoposid Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Ifosfamid Intravenös infusion 1800 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Mesna Intravenös injektion 360 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 | | | | | | | | | | |
| Mesna Peroral tablett 720 mg/m ² (kroppsyta) | x2 | x2 | x2 | x2 | x2 | | | | | | | | | | |
| 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 *Ifosfamid*-behandlingen.Viktkontroll 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.

Kontroll behandlingsdygnen av ASAT, ALAT, kreatinin, Mg, Ca, Na, K. 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 peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad *Ifosfamid*-infusion. Om det ges intravenöst halveras dosen (360 mg/m²) och ges 4 och 8 timmar efter avslutad *Ifosfamid*-infusion.*Hydrering* - dag 1-5 ges 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL/dygn som prehydrering innan *Ifosfamid*.*G-CSF* dos 0,5 ME/kg och dygn, ges med start dag 6 i 6-8 dygn eller tills LPK >10. Om peg-filgrastim ges 6 mg subkutan dag 6. *G-CSF* (Peg-filgrastim) får ges tidigast 24 timmar efter avslutad cytostatikaterapi och ska avslutas minst 24 timmar före ny cytostatikaterapi.*Ifosfamid* inducerar *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

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, ge: Etoposid 75 %, Ifosfamid och Mesna 100 %.

Om trots dosreduktion neutropen feber, ge: Etoposid 50 %, Ifosfamid och Mesna 100 %.

Vid kreatininstegring, allvarlig mukositet eller perifer neuropati - dosreduktion enligt individuell bedömning.

Hypoalbuminemi

Lågt serum-albumin ger ökat obundet/fritt Etoposid AUC, vilket resulterar i ökad hematologisk toxicitet (lägre antal neutrofila), överväg dosreduktion.

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 1 tim. | 1 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |

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. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. | 1 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |

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. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. | 1 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |

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. Ifosfamid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. | 1 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |

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. 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 1 tim. | 1 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. Etoposid _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg Ges peroralt <i>(Ges peroralt 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i> | | | _____ | _____ |

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