

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Lymfom

RegimID: NRB-2585

IKE polikliniskt (Etoposid-Ifosfamid-Karboplatin)

Diagnoskod: C81-C86

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
Etoposidfosfat Intravenös infusion 100 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1650 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Intravenös infusion 1650 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1																			
Mesna Peroral tablett 2000 mg (standarddos)	x2	x2	x2																			
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1										

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Blodstatus, inkl neutrofila

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 per dag, ges blandat i samma infusion som Ifosfamid.

Mesna, dos 2-3 per dag ges peroralt, 2 respektive 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.

Etoposidfosfat - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras.

Dosjustering rekommendation

Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75 %.

DAG 1 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. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | 30 min. | | _____ | _____ |
| 5. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut)</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. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter Ifosamid-infusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter Ifosamid-infusionens slut)</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. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 10 min. | 10 min. | | _____ | _____ |
| 4. Ifosfamid _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 5. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(Ges vid start av Ifosfamid infusion. Kan också blandas i infusionen.)</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 6. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 2 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges peroralt
<i>(Ges 6 timmar efter Ifosfamid-infusionens slut)</i> | | | _____ | _____ |

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