

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

## Antitumoral regim - Sarkom

RegimID: NRB-9036

**MAID** (Dakarbazin-Doxorubicin-Ifosfamid-Mesna)

Diagnoskod: C49

Kurintervall: 28 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
Doxorubicin Intravenös infusion 15 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Mesna Intravenös infusion 300 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
Mesna Peroral tablett 600 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x2	x2	x2																		
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)					x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Intravenös infusion 15 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Dakarbazin Intravenös infusion 250 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Mesna Intravenös infusion 300 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Mesna Peroral tablett 600 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)								
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)								

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

*Doxorubicin och Dakarbazin*- starkt vävnadsretande- central infart rekommenderas. Om perifer infart ges Dakarbazin på 2 timmar.

*Dakarbazin* är ljuskänsligt. Alla beredda lösningar skall därför vara skyddade för ljus också under administrering.

*Ifosfamid* - Hematuristicka görs dagligen. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.

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

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart: Neutrofila  $>1,0$ , TPK  $>80$ .

*Mesna*, dos 1 ges intravenöst i samband med start av infusion av Ifosfamid. Blandas med fördel i samma infusion som Ifosfamid. Efterföljande doser ges peroralt 2 och 6 timmar efter avslutad av Ifosfamid-infusion.

*Prehydrering innan Ifosfamid* - ge 1000 mL Natriumklorid 9 mg/mL.

*Filgrastimos*:  $<70$  kg 30 ME,  $>70$  kg 48 ME. Filgrastim kan bytas mot en dos peg-filgrastim 6 mg dag 5. 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.

Doxorubicin - max ackumulerad dos 550 mg/m<sup>2</sup>.

**Dosjustering rekommendation**

Neutrofila  $< 1,0$  och/eller TPK  $< 80$  - skjut upp behandlingen en vecka.

Om neutropen feber dosreduceras följande kurer med 20 %.

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.	<b>Doxorubicin _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
4.	<b>Dakarbazin _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>			1 tim.		_____	.....
6.	<b>Ifosfamid _____ mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
7.	<b>Mesna _____ mg</b> Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)</i>			2 tim.		_____	_____
8.	<b>Mesna _____ mg</b> Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>				_____	_____	_____
9.	<b>Mesna _____ mg</b> Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>				_____	_____	_____
10.	Kontroll av vikt eller diures					_____	.....

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.	<b>Doxorubicin _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
4.	<b>Dakarbazin _____ mg</b> i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.			30 min.		_____	_____
5.	1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Intravenös infusion - prehydrering</i>			1 tim.		_____	.....
6.	<b>Ifosfamid _____ mg</b> i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.			2 tim.	_____	_____	_____
7.	<b>Mesna _____ mg</b> Sätts i samma påse som ovan Ges intravenöst under 2 tim. <i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)</i>			2 tim.		_____	_____
8.	<b>Mesna _____ mg</b> Ges peroralt <i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>				_____	_____	_____
9.	<b>Mesna _____ mg</b> Ges peroralt <i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>				_____	_____	_____
10.	Kontroll av vikt eller diures					_____	.....

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |         |  |       |       |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |         |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Doxorubicin</b> _____ <b>mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.  | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Dakarbazin</b> _____ <b>mg</b><br>i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.   | 30 min. |  | _____ | _____ |
| 5. 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Intravenös infusion - prehydrering</i>   | 1 tim.  |  | _____ | ..... |
| 6. <b>Ifosfamid</b> _____ <b>mg</b><br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.  | 2 tim.  |  | _____ | _____ |
| 7. <b>Mesna</b> _____ <b>mg</b><br>Sätts i samma påse som ovan<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br><i>(Ifosfamid och Mesna blandas i samma infusion)</i> | 2 tim.  |  | _____ | _____ |
| 8. <b>Mesna</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt<br><i>(Ges 2 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>   |         |  | _____ | _____ |
| 9. <b>Mesna</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt<br><i>(Ges 6 timmar efter avslutad Ifosfamid-infusion.)</i>   |         |  | _____ | _____ |
| 10. Kontroll av vikt eller diures   |         |  | ..... |       |

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>Ges subkutant |  |  | _____ | _____ |
|---|--|--|-------|-------|

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

- |   |  |  |       |       |
|---|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Filgrastim</b> _____ <b>ME</b><br>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

\_\_\_\_\_