

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

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Äggstockscancer

RegimID: NRB-2797

TIP (Cisplatin-Ifosfamid-Paklitaxel)

Diagnoskod: C56

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
Paklitaxel Intravenös infusion 250 mg/m ² (kroppsyta)	x1																					
Ifosfamid Intravenös infusion 1500 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Mesna Intravenös injektion 300 mg/m ² (kroppsyta)		x3	x3	x3	x3																	
Cisplatin Intravenös infusion 25 mg/m ² (kroppsyta)		x1	x1	x1	x1																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg (kroppsvikt)							x1	x1	x1	x1	x1											

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Vikt eller diureskontroll.

Ifosfamid - Hematuristicka vid behov. Vid 3+ avbryts Ifosfamidbehandlingen.*Paklitaxel* - Ökad beredskap för överkänslighetsreaktion. Överkänslighetsreaktioner är vanliga, särskilt kur 1 och 2. Blodtryck och puls före start.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila, elektrolytstatus och kreatinin.

Om S-kreatinin över normalvärde görs kontroll av njurfunktion med clearancebestämning enligt lokal metod (Cystatin C, lohexol, kreatininclearance eller motsvarande).

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 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 Ifosfamid!*Cisplatin* - under behandlingsdygnen ges minst 2 liter vätska. Intravenös posthydrering kan bytas mot dryck. Dygnet efter sista Cisplatin-infusionen ges minst 2 liter vätska.*Paklitaxel* - Premedicinering med kortison och antihistaminer t.ex. peroral behandling med Betametason 12 mg och Desloratadin 10 mg som ges 1-2 timmar före behandlingsstart.

Kontroll av perifer neuropati.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Neutrofila mellan 0,5-1,0 och TPK \geq 50 - Ge behandling i fulldos. OBS! om TPK cirka 50 skall nadir ha passerats.

Neutrofila $<$ 0,5 och TPK \geq 50 - Behandlingen skjuts upp högst 3 dagar. Behandlingen kan dock ges följt av G-CSF om situationen så kräver.

TPK $<$ 50 - Behandlingen skjuts upp tills TPK \geq 50.

Nedsatt njurfunktion - GFR $<$ 60 ml /min reduceras Cisplatin och Ifosamid enligt följande:

GFR 50-59 ml/min: Paklitaxel och Ifosamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2-5.

GFR 40-49 ml/min: Paklitaxel och Ifosamid 100%. Cisplatin ges 80% dag 2-4.

GFR $<$ 40 ml/min: Paklitaxel och Ifosamid 100%. *Cisplatin ersätts med Karboplatin doserat enligt Calverts formel, AUC 7, endast dag 1!*

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. Premedicinering för Paklitaxel
<i>(Kontroll blodtryck och puls)</i> | | | _____ | |
| 4. Paklitaxel _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 24 tim.
<i>(Kontroll blodtryck och puls)</i> | | 24 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. 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 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. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

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 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. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

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 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. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

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 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. Cisplatin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |
| 7. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 4 om intravenös inj och timme 2 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |
| 8. Mesna _____ mg
Ges intravenöst under 3 min.
<i>(Timme 8 om intravenös inj och timme 6 i dubbel dos om peroralt efter Ifosfamid.)</i> | 3 min. | | _____ | _____ |

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