

Datum: _____
Kur: _____
Yta: _____

Patientdata

IKE

(Lymfom)

Inj Etoposid fosfat	100 mg/m ² *	Dag 1-3
Inf Ifosfamid	5000 mg/m ²	Dag 2
Inf Uromitexan	1250 mg/m ² + 2500 mg/m ² + 1250 mg/m ²	+ 2400 mg po x 2 (totaldos)
Inf Carboplatin	5 AUC (maxdos 800 mg)	Dag 2
Inj G-CSF	300 µ /30 ME < 70 kg 480 µ /48 ME >70 kg	Dag 4 tom 11 (= 8 dagar)
* Vid lågt S-Albumin <30 g/L reduceras Etoposiddosen till 75%		
alt inj Neulasta	6 mg	Dag 4 , 24 tim efter avslutat cyto.

Inför första kuren: P Cystatin C, Krea.

Inför varje kur: Blodstatus, Neutr, Krea.

Cykelintervall: 21 dagar.

Efter kur: Antiemetikaschema nr 3. Sign givet schema _____

DAG 1 beställs till kl _____ avvakta ja nej **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min	_____	_____

DAG 2 beställs till kl _____ **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg iv	_____	_____
Inf Carboplatin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 30 min	_____	_____
	Start	_____
	Stopp	_____
Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min	_____	_____
Inj Uromitexan (1250 mg/m ²) _____ mg iv bolus 2-5 min	_____	_____
Inf Ifosfamid _____ mg + Inf Uromitexan (2500 mg/m ²) _____ mg	_____	_____
iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 24 tim	Start	_____
Fortsätt dag 3 direkt	Stopp	_____

DAG 3 beställs till kl _____ **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Ondansetron 8 mg iv	_____	_____
Inj Betapred 8 mg	_____	_____
Ges direkt efter avslutad inf Ifosfamid/Uromitexan!		
Inj Etoposid fosfat _____ mg iv bolus Inj.tid 5-10 min	_____	_____
Inf Uromitexan (1250 mg/m ²) _____ mg iv i 1000 ml NaCl Inf.tid 12 tim	_____	_____
	Start	_____
	Stopp	_____
2 tim efter avslutad inf Uromitexan kl _____	_____	_____
T Uromitexan 2400 mg (=6 tabl á 400 mg) po	_____	_____
6 tim efter avslutad inf Uromitexan kl _____	_____	_____
T Uromitexan 2400 mg (=6 tabl á 400 mg) po	_____	_____

DAG 4 -11 **Kryssa i valt alternativ** **Ssk.sign** **Läk.sign**

Start av Inj G-CSF sc	300 µ /30 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____
	480 µ /48 ME <input type="checkbox"/>	_____	_____

Som skall ges 1gång/dag i 8 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutat cyto.

ALTERNATIVT:

DAG 4 **Ssk.sign** **Läk.sign**

Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, <input type="checkbox"/> 24 tim efter avslutat cyto!	_____	_____
---	-------	-------

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____