

TIP sid 1/4

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

TIP
(Testikelcancer)

| | | |
|------------------|--|---|
| Inj Paklitaxel | 250 mg/ m ² | Dag 1 |
| Inf Cisplatin | 25 mg/m ² | Dag 2-5 |
| Inf Ifosfamid | 1500 mg/m ² | Dag 2-5 |
| Inf Uromitexan | 300 mg/m ² tim 0 | Dag 2-5 |
| Inj Uromitexan | 300 mg/m ² tim 4 och 8 | Dag 2-5 |
| Inj G-CSF | 300 µg /30 ME till patienter < 70 kg 480 µg /48 ME till patienter > 70 kg | } Dag 6 tom 14 (= 9 dagar) 24 timmar efter avslutat cyto |
| alt inj Neulasta | 6 mg | |

Inför kur 1: (Audiogram).**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr, Cystatin C, Krea.**Tumörmarkörer:** HCG, AFP tas dag 1,5 och 15 i varje kur.**Kur 1-2:** Pat övervakas avseende överkänslighetsreaktioner med upprepade kontroller av blodtryck, puls och AT. Läkare ska vara tillgänglig de första 10 min av infusionstiden.**För att minska risken för akuta infusionsreaktioner skall kur 1 och 2 med Paklitaxel ges enligt följande:** Starta infusionen med hastigheten 50 ml/timme under de första 15 minuterna. Om ingen reaktion uppträder ökas infusionshastigheten sedan under påföljande 15 min till den dubbla. Om ingen reaktion uppträtt under de första 30 minuterna ges resterande mängd infusion med ordinarie hastighet.**Om GFR är < 60 ml/min** skall cisplatin reduceras enligt schema.**Under kur:** Vikt. X 2. Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.**Cykelintervall:** 21 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 5.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej**Ssk.sign Läk.sign****Po. tas 2 tim före behandling****T/ Inj Betapred** 16 mg po/iv _____**T/ Inj Tavegyl** 2 mg po/iv _____**T. Ranitidin** 150 mg po alt. (alt iv, enl nedan) } _____**Inf Zantac** 50 mg iv i 100 ml NaCl. Inf.tid 10 min) } _____**Tim 0** kl _____ Bltr _____ Puls _____**OBS! PVC fritt filter och aggregat vid Paklitaxelinfusion****Inf Paklitaxel** _____ mg i 1000ml NaCl iv. Inf tid 24 tim _____Start
Stopp

Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____

T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ges ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

| DAG 2 | beställs till kl _____ | Ssk.sign | Läk.sign |
|---|--|----------|----------|
| Po. tas 1 tim före behandling | | | |
| Vikt_____ kl_____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |
| K Emend 125 mg po | | _____ | _____ |
| T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Inf Cisplatin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 1 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 0 = Ifosfamidstart | | _____ | _____ |
| Inf Ifosfamid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid | | Start | _____ |
| | | Stopp | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 4 kl_____ Inj Uromitexan _____ mg iv (från Ifosfamidstart!) | | _____ | _____ |
| Tim 8 kl_____ Inj Uromitexan _____ mg iv | | _____ | _____ |
| Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv. | | | |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ges ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____ | | _____ | _____ |
| Vikt_____ kl_____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |

| DAG 3 | beställs till kl _____ | Ssk.sign | Läk.sign |
|---|--|----------|----------|
| Po. tas 1 tim före behandling | | | |
| Vikt_____ kl_____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |
| K Emend 80 mg po | | _____ | _____ |
| T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Inf Cisplatin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 1 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 0 = Ifosfamidstart | | _____ | _____ |
| Inf Ifosfamid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid | | Start | _____ |
| | | Stopp | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 4 kl_____ Inj Uromitexan _____ mg iv (från Ifosfamidstart!) | | _____ | _____ |
| Tim 8 kl_____ Inj Uromitexan _____ mg iv | | _____ | _____ |
| Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv. | | | |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ges ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____ | | _____ | _____ |
| Vikt_____ kl_____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

| DAG 4 | beställs till kl _____ | Ssk.sign | Läk.sign |
|---|--|----------|----------|
| Po. tas 1 tim före behandling | | | |
| Vikt _____ kl _____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |
| T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Inf Cisplatin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 1 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 0 = Ifosfamidstart | | _____ | _____ |
| Inf Ifosfamid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid | | Start | _____ |
| | | Stopp | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 4 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv (från Ifosfamidstart!) | | _____ | _____ |
| Tim 8 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv | | _____ | _____ |
| Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv. | | | |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ges ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____ | | _____ | _____ |
| Vikt _____ kl _____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |

| DAG 5 | beställs till kl _____ | Ssk.sign | Läk.sign |
|---|--|----------|----------|
| Po. tas 1 tim före behandling | | | |
| Vikt _____ kl _____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |
| K Emend 80 mg po | | _____ | _____ |
| T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv | | _____ | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Inf Cisplatin _____ mg iv i 500 ml NaCl. Inf.tid 1 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 0 = Ifosfamidstart | | _____ | _____ |
| Inf Ifosfamid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid | | Start | _____ |
| | | Stopp | _____ |
| Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim | | _____ | _____ |
| | Start | _____ | _____ |
| | Stopp | _____ | _____ |
| Tim 4 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv (från Ifosfamidstart!) | | _____ | _____ |
| Tim 8 kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv | | _____ | _____ |
| Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv. | | | |
| T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ges ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____ | | _____ | _____ |
| Vikt _____ kl _____ | Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg | _____ | _____ |

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

Peroral profylax**Ssk.sign**

Antiemetikaschema nr 5.

DAG 6**Kryssa i valt alternativ****Ssk.sign****Läk.sign**

Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, 24 tim efter avslutat cyto!

ALTERNATIVT:**DAG 6-14****Ssk.sign****Läk.sign**

Start av Inj G-CSF sc 300 µg /30 ME

480 µg /48 ME

Som skall ges 1gång/dag i 9 dagar (se ovan) start 24 tim efter avslutat cyto.

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____