

Datum: _____

Patientdata:

Kur: _____

Yta: _____

Euro-E.W.I.N.G 99 VIDE

(Ewing's sarkom, EuroEwing)

Inf Vinkristin	1,5 mg/m ²	} (max 2 mg)	Dag 1
Inf Doxorubicin	20 mg/m ²		
Inf Doxorubicin	20 mg/m ²		Dag 2-3
Inf Etoposid	150 mg/m ²		Dag 1-3
Inf Ifosfamid	3000 mg/m ²	}	Dag 1-3
Inj Uromitexan	600 mg/m ²		
Inj Uromitexan	600 mg/m ²	tim 4, 8 och 12	Dag 1-3
		efter avslutad ifosfamidinf	
Alt T Uromitexan	1200 mg/m ²	tim 2, 6 och 10	Dag 1-3
		efter avslutad ifosfamidinf	
Inj G-CSF	300 µg /30 ME < 70 kg	}	Dag 4 tom 11 (= 8 dagar)
	480 µg /48 ME > 70 kg		

Prover före kur 1: Blod, El och Leverstatus, Neutro, CRP, Krea, Mg.**Prover inför följande kur:** Blodstatus, Neutr, Krea.**Om** symtom från urinblåsan (smärta, täta trängningar) och röda >2 (urinsticka) avbryts beh och urinsediment tages. Om <30 röda (urinsediment) fortsatt behandling annars kontakta läk.**Cykelintervall:** 21 dagar**Vikt x 2.** Vid viktökning >2 kg ges 40 mg Furix iv.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 4.**DAG 1** beställs till kl _____ avvakta ja nej**Ssk.sign Läk.sign****Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling**

Vikt _____ kl _____

K Emend 125 mg 1 st po**T/Inj Ondansetron** 8 mg po/iv**T/Inj Betapred** 8 mg po/iv**Inf Vinkristin** _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min**Inf Doxorubicin** _____ mg, blandas i **samma påse som Vinkristin** } Start

Stopp

Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim

Start

Stopp

Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim**Inf Uromitexan** _____ mg, blandas i **samma påse som Ifosfamid** } Start

Stopp

Inf NaCl 1000 ml iv. Inf tid 8 tim.

Start

Stopp

4 tim efter avslutad ifosfamidinfkl _____ inj **Uromitexan** _____ mg iv**Inf NaCl** 1000 ml iv. Inf tid 8 tim.

Start

Stopp

8 tim efter avslutad ifosfamidinf (+ vikt, + prov)kl _____ inj **Uromitexan** _____ mg ivVikt _____ kl _____ Inj **Furix** 40 mg iv vid viktökning >2 kg**12 tim efter avslutad ifosfamidinf**kl _____ inj **Uromitexan** _____ mg iv

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling			
Vikt _____ kl _____			
K Emend 80 mg 1 st po		_____	_____
T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
Inf Doxorubicin _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim	}	_____	_____
Inf Uromitexan _____ mg, blandas i samma påse som Ifosfamid		Start	_____
	Stopp	_____	
Inf NaCl 1000 ml iv. Inf tid 8 tim.		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
4 tim efter avslutad ifosfamidinf			
kl _____ inj Uromitexan _____ mg iv		_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv. Inf tid 8 tim.		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
8 tim efter avslutad ifosfamidinf (+ vikt, + prov)			
kl _____ inj Uromitexan _____ mg iv		_____	_____
Vikt _____ kl _____ Inj Furix 40 mg iv vid viktökning >2 kg		_____	
12 tim efter avslutad ifosfamidinf			
kl _____ inj Uromitexan _____ mg iv		_____	_____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
Premed. per os tas 1 tim före behandling eller ges iv före behandling			
Vikt _____ kl _____			
K Emend 80 mg 1 st po		_____	_____
T/Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
Inf Doxorubicin _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 1 tim	}	_____	_____
Inf Uromitexan _____ mg, blandas i samma påse som Ifosfamid		Start	_____
	Stopp	_____	
Inf NaCl 1000 ml iv. Inf tid 8 tim.		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
4 tim efter avslutad ifosfamidinf			
kl _____ inj Uromitexan _____ mg iv		_____	_____
Inf NaCl 1000 ml iv. Inf tid 8 tim.		_____	_____
	Start	_____	
	Stopp	_____	
8 tim efter avslutad ifosfamidinf (+ vikt, + prov)			
kl _____ inj Uromitexan _____ mg iv		_____	_____
Vikt _____ kl _____ Inj Furix 40 mg iv vid viktökning >2 kg		_____	
12 tim efter avslutad ifosfamidinf			
kl _____ inj Uromitexan _____ mg iv		_____	_____

Peroral profylax**Ssk.sign Läk.sign**

Antiemetikaschema nr 4.

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

Start av Inj G-CSF sc 300 µg /30 ME

480 µg /48 ME

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

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____