

PEI sid 1/3

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

PEI
(Testikelca)

Inf Cisplatin	20 mg/m ²		Dag 1-5
Inf Etoposid	100 mg/m ²		Dag 1-5
Inf Ifosfamid	1200 mg/m ²		Dag 1-5
Inf Uromitexan	240 mg/m ²	tim 0	Dag 1-5
T. Uromitexan	480 mg/m ²	tim 2 och 6*	Dag 1-5

* om pat inte säkert får i sig uromitexan po (kräks) gives samtliga doser iv, 20% av Ifosfamiddosen gives då timme 4 och 8

Inför kur 1: Audiogram.**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr, Cystatin C, Krea.**Tumörmarkörer:** HCG, AFP tas dag 1, 5, 15.**Under kur:** Vikt x 2. Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.**Om GFR är < 60 ml/min** skall cisplatin reduceras enligt schema.**Cykelintervall:** 21 dagar.**Efter kur:** Antiemetikaschema nr 5.**DAG 1**

beställs till kl _____ avvakta ja nej

Ssk.sign Läk.sign**Po. tas 1 tim före behandling**

Vikt _____ kl _____

K Emend 125 mg po _____**T/ Inj Ondansetron** 8 mg po/iv _____**T/ Inj Betapred** 8 mg po/iv kl _____**Inf Ringer-acetat** 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim

Start _____

Stopp _____

Inf Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim**Inf Cisplatin** _____ mg iv **blandas i samma påse som Etoposid**

Start _____

Stopp _____

Tim 0 = Ifosfamidstart**Inf Ifosfamid** _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min**Inf Uromitexan** _____ mg iv **blandas i samma påse som Ifosfamid**

Start _____

Stopp _____

Tim 2 kl _____ **T Uromitexan** _____ mg po (från Ifosfamidstart!)**Tim 6** kl _____ **T Uromitexan** _____ mg po**Inf Ringer-acetat** 1000 ml. iv Inf.tid 2 tim

Start _____

Stopp _____

Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.

T/ Inj Betapred 8 mg po/iv 12 tim efter föregående Betapreddos kl _____

Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 2	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
Po. tas 1 tim före behandling			
Vikt _____ kl _____			
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 Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv blandas i samma påse som Etoposid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 2 kl _____	T Uromitexan _____ mg po (från Ifosfamidstart!)	_____	_____
Tim 6 kl _____	T Uromitexan _____ mg po	_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml. iv Inf.tid 2 tim		_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.			
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv 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 _____			
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 Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv blandas i samma påse som Etoposid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 2 kl _____	T Uromitexan _____ mg po (från Ifosfamidstart!)	_____	_____
Tim 6 kl _____	T Uromitexan _____ mg po	_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml. iv Inf.tid 2 tim		_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.			
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv 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 _____		
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 Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv blandas i samma påse som Etoposid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 2 kl _____ T Uromitexan _____ mg po (från Ifosfamidstart!)		_____	_____
Tim 6 kl _____ T Uromitexan _____ mg po		_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml. iv Inf.tid 2 tim		_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.		_____	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv 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 _____		
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 Etoposid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim		_____	_____
Inf Cisplatin _____ mg iv blandas i samma påse som Etoposid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 250 ml NaCl. Inf.tid 30 min		_____	_____
Inf Uromitexan _____ mg iv blandas i samma påse som Ifosfamid		Start _____	
		Stopp _____	
Tim 2 kl _____ T Uromitexan _____ mg po (från Ifosfamidstart!)		_____	_____
Tim 6 kl _____ T Uromitexan _____ mg po		_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml. iv Inf.tid 2 tim		_____	_____
		Start _____	
		Stopp _____	
Varje beh.dygn gives ytterligare minst 2000 ml vätska po eller iv.		_____	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv 12 tim efter föregående Betapreddos kl _____		_____	_____
Vikt _____ kl _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg		_____	_____

Peroral profylax	Ssk.sign
Antiemetikaschema nr 5.	_____

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____