

ITP sid 1/3

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

ITP

Urinblåsecancer

Inf Paklitaxel	200 mg/m ²	Dag 1
Inf Cisplatin	70 mg/m ² blandas i 2 x 1000 ml NaCl	Dag 1
Inf Ifosfamid	1500 mg/m ²	Dag 1-3
Inj Uromitexan	300 mg/m ² tim 0, 4 och 8	Dag 1-3
Inj G-CSF	300 µg /30 ME till patienter < 70 kg } 480 µg /48 ME till patienter > 70 kg }	Dag 4-11 (= 8 dagar) 24 tim efter avslutat cyto!
alt inj Neulasta	6 mg	Dag 4 24 tim efter avslutat cyto!

Inför kur 1: P Cystatin C och Audiometri**Inför varje kur:** Blodstatus, Neutr, Krea.**Dag 1:** Vikt x 2. Inj/T Furix 40 mg vid viktökning > 2 kg.**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 <70 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 2 tim före behandling**

Kl _____ Vikt _____

K Emend 125 mg po _____**T/ Inj Betapred** 16 mg po/iv _____**T/ Inj Ondansetron** 8 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) } _____Start
Stopp**Tim 0** kl _____ Bltr _____ Puls _____**PVC fritt filter och aggregat till Paklitaxel.****Inf Paklitaxel** _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 3 tim _____Start
Stopp

Bltr kontroll +15 min kl _____ Bltr _____ Puls _____

Totaldos Cisplatin _____ mg i 1000 ml NaCl iv x 2, inf tid 2 x 2 tim _____**Inf Cisplatin nr 1** _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim _____Start
Stopp**Inf Cisplatin nr 2** _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf.tid 2 tim _____Start
Stopp**OBS! Dag 1 fortsätter på sid 2**

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

Forts. DAG 1 Datum _____		Ssk.sign	Läk.sign
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf tid 2 tim		_____	_____
		Start	_____
		Stopp	_____
<i>Ges strax innan Ifosfamid-start:</i>			
Tim 0	kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv	_____	_____
Tim 4	kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv (från Ifosfamidstart!)	_____	_____
Tim 8	kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv	_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim		_____	_____
		Start	_____
		Stopp	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____		_____	_____
Kl _____ Vikt _____ Inj/T Furix 40 mg vid viktökning >2 kg.		_____	_____

DAG 2 _____ beställs till kl _____		Ssk.sign	Läk.sign
Po. tas 1 tim före behandling			
K	Emend 80 mg po	_____	_____
T/ Inj	Ondansetron 8 mg po/iv	_____	_____
T/ Inj	Betapred 8 mg po/iv	_____	_____
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____ mg iv i 1000 ml NaCl. Inf tid 2 tim		_____	_____
		Start	_____
		Stopp	_____
<i>Ges strax innan Ifosfamid-start:</i>			
Tim 0	kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv	_____	_____
Tim 4	kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv (från Ifosfamidstart!)	_____	_____
Tim 8	kl _____ Inj Uromitexan _____ mg iv	_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim		_____	_____
		Start	_____
		Stopp	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____		_____	_____

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____

DAG 3	beställs till kl _____	Ssk.sign	Läk.sign
Po. tas 1 tim före behandling			
K Emend 80 mg po		_____	_____
T/ Inj Ondansetron 8 mg po/iv		_____	_____
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv		_____	_____
Tim 0 = Ifosfamidstart			
Inf Ifosfamid _____mg iv i 1000 ml NaCl. Inf tid 2 tim		Start _____	
		Stopp _____	
Ges strax innan Ifosfamid-start:			
Tim 0 kl _____ Inj Uromitexan _____mg iv		_____	
Tim 4 kl _____ Inj Uromitexan _____mg iv (från Ifosfamidstart!)		_____	_____
Tim 8 kl _____ Inj Uromitexan _____mg iv		_____	_____
Inf Ringer-acetat 1000 ml iv. Inf.tid 2 tim		Start _____	
		Stopp _____	
T/ Inj Betapred 8 mg po/iv (ca 12 tim efter föregående Betapreddos) kl _____		_____	_____

Peroral profylax	Ssk.sign
Antiemetikaschema nr 5.	_____

DAG 4	Kryssa i valt alternativ	Ssk.sign	Läk.sign
Inj Neulasta 6 mg x 1 s c, 24 tim efter avslutat cyto!		_____	_____

ALTERNATIVT:

DAG 4-11	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) 24 tim efter avslutat cyto!		

Godkänd av: _____ Läkarens underskrift: _____