

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi
(AML)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-5432

Cytarabin reducerad subkutant (A 5-Reducerad)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Cytarabin Subkutan injektion 200 mg	x2	x2	x2	x2	x2

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Cytarabin ges var 12:e timme

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Cytarabin _____ mg**

Ges subkutant

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. Cytarabin _____ mg

Ges subkutant

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Cytarabin _____ mg**

Ges subkutant

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna
OBS! 12 timmar mellan injektionerna)**2. Cytarabin _____ mg**

Ges subkutant

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign**1. Cytarabin _____ mg**

Ges subkutant

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. Cytarabin _____ mg

Ges subkutant

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Cytarabin _____ mg

Ges subkutant

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. Cytarabin _____ mg

Ges subkutant

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Cytarabin _____ mg

Ges subkutant

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. Cytarabin _____ mg

Ges subkutant