

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi (AML)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-5435

Cytarabin-Daunorubicin 5+2 d. Reducerad (DA 2+5 Reducerad)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ²	x1	x1			
Cytarabin Subkutan injektion 200 mg	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Daunorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.
Cytarabin ges var 12:e timme.

DAG 1

Datum_____

Beställs till kl_____

Avvakta ja nej

Inf. tid

Klockan

Ssk. sign

Läk. sign

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

2. Tablett/Injektion Antiemetika

3. Cytarabin _____ mg
Ges subkutant
(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

4. Daunorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim.

5. Cytarabin _____ mg
Ges subkutant
((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-
injektion.))

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

1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ _____
3. **Cytarabin** _____ mg
Ges subkutant
(OBS! 12 timmar mellan injektionerna) _____
4. **Daunorubicin** _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim. 8 tim. _____
5. **Cytarabin** _____ mg
Ges subkutant
((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-
injektion.)) _____

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
((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-
injektion.)) _____

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
((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-
injektion.)) _____

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
((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-
injektion.)) _____