Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi (AML)

Cytarabin-Daunorubicin 5+3 d (DA 3+5)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande
RegimID: NRB-5437

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Daunorubicin Intravenös infusion 60 mg/m^2	x1	x1	x1		
Cytarabin Intravenös infusion 1000 mg/m^2	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.

Om Midostaurin - Johannesört bör undvikas. Vid kräkning eller missad dos tas nästa dos vid nästa ordinarie doseringstillfälle.

Dosjustering rekommendation

Rutinmässig dosreduktion av äldre bör undvikas.

Om Midostaurin - dosjusteringar/dosuppehåll kan behövas vid lunginfiltrat, förlängt QTc-intervall och vid annan grad 3/4 icke-hematologisk toxicitet, se FASS.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *(OBS! 12 timmar mellan infusionerna av Cytarabin)*	2 tim.		_____	_____
4.	**Daunorubicin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.		_____	_____
5.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
6.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4.	**Daunorubicin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.		_____	_____
5.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
6.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4.	**Daunorubicin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.		_____	_____
5.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
6.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 4

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5.	**Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____