

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____
Yta (m²): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral barnregim - Akut myeloisk
leukemi (AML)

RegimID: NRB-13451

Intratekal trippel (ITT)

Protokoll: CHIP-AML22

Diagnoskod: C 92

Ordination/Administrering

Dag	1
Metotrexat Intratekal injektion Dosstege Ålder	x1
Cytarabin Intratekal injektion Dosstege Ålder	x1
Prednisolonnatriumsuccinat Intratekal injektion Dosstege Ålder	x1

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Trombocyter ska vara över 50 vid intratekal injektion. Annars ges trombocyt transfusion direkt före injektionen/Lp

Anvisningar för ordination

Ordinationen sker efter ålder, se protokollet

Dosstegar**Metotrexat it**, Parameter: Ålder (år)

Från och med	Till (mindre än)	Grunddos	Beräkningsätt	Enhet
0 år	1 år	6	standarddos	mg
1 år	2 år	8	standarddos	mg
2 år	3 år	10	standarddos	mg
3 år	> år	12	standarddos	mg

Cytarabin it, Parameter: Ålder (år)

Från och med	Till (mindre än)	Grunddos	Beräkningsätt	Enhet
0 år	1 år	16	standarddos	mg
1 år	2 år	20	standarddos	mg
2 år	3 år	26	standarddos	mg
3 år	> år	30	standarddos	mg

Prednisolonsuccinat it, Parameter: Ålder (år)

Från och med	Till (mindre än)	Grunddos	Beräkningsätt	Enhet
0 år	1 år	4	standarddos	mg
1 år	2 år	4	standarddos	mg
2 år	3 år	5	standarddos	mg
3 år	> år	6	standarddos	mg

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

1. Metotrexat _____ mg

Ges intratekalt

*(Intratekal trippel =**Metotrexat+Cytarabin+Prednisolonsuccinat)***2. Cytarabin _____ mg**

Ges intratekalt

3. Prednisolonnatriumsuccinat _____ mg

Ges intratekalt