Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

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

Yta (m^2): _____ **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	Beräkningssätt	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	Beräkningssätt	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	Beräkningssätt	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			_____	_____