

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-13447

MEC > 1 år eller > 10 kg (Induktion standard arm)

Protokoll: CHIP-AML22

Diagnoskod: C 92

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etoposidfosfat Intravenös infusion 150 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1							
Metotrexat Intratekal injektion Dosstege Ålder						x1						
Dexrazoxan Intravenös infusion 250 mg/m ² (kroppsyta)						x1	x1	x1	x1	x1		
Mitoxantron Intravenös infusion 5 mg/m ² (kroppsyta)						x1	x1	x1	x1	x1		
Cytarabin Intravenös infusion 200 mg/m ² (kroppsyta)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Risk för tumörlöslig (TLS) samt koagulopati: regelbundna blodprovskontroller enl ordination

Om stort cellsönderfall och förhöjt urat kan det bli aktuellt att ge pat Rasburikas (Fastutec)

Stöddropp: Plasmalyte 3000 ml/m²/dygn initialt, kan minskas till 2000 ml/m²/dygn och avslutas när TLS (Tumörlöslig syndrom) ej föreligger längre. När stöddropp ges (3000 ml/m²/d) mäts urinvätska var 6:e timme och inj Furix kan behövas. Urinmätning och Furix behövs ej när stöddroppet består av 2000 ml/m²/dygn.

Ordinera PJP + svamp-profylax, samt ev virus-profylax

Anvisningar för ordination

Tpk \geq 50 inför lumbalpunktion. Annars ge trombocytransfusion före Lp.

Tilläggs av Rasburikas (Fasturtec) vid förhöjt urat

Om Metotrexat intratekalt givits dag 0-1, ska man ej ge ny dos dag 6.

Dexrazoxan 500 mg/ampull

finns följande alternativ (kliniklicens)

- * Cardioxane : Koncentrationen ska vara 3-10 mg/ml.
- * Dexrazoxan Hikma : Koncentrationen ska vara 1,3-3 mg/ml.
- * Dexrazoxan Eugia : Koncentrationen ska vara 1,3-5 mg/ml.

Dosjustering rekommendation

Vid dosreduktion av Mitroxantron bör dosen Dexrazoxan reduceras (relation Mitroxantron : Dexrazoxan = 1:50)

Dosstegar

Metotrexat intratekalt, 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	> 3 år	12	standarddos	mg

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

- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|
| 1. 3000 ml/m ² = _____ ml Plasmalyte
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>
<i>0 tim. efter start av kurdag</i> | 24 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 2. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>0 tim. efter start av kurdag</i> | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| 1. 3000 ml/m ² = _____ ml Plasmalyte
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>
<i>(Pågår tills urat normaliserats)</i>
<i>24 tim. efter start av rad 1, dag 1</i> | 24 tim. | _____ | _____ | _____ |
| 2. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>24 tim. efter start av rad 2, dag 1</i> | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| 1. 3000 ml/m ² = _____ ml Plasmalyte
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>
<i>(Pågår tills urat normaliserats, kan eventuellt minskas till 2000 ml/m²/dygn.)</i>
24 tim. efter start av rad 1, dag 2 | 24 tim. | _____ | _____ | |
| 2. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
24 tim. efter start av rad 2, dag 2 | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| 1. 3000 ml/m ² = _____ ml Plasmalyte
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>
<i>(Pågår tills urat normaliserats, kan eventuellt minskas till 2000 ml/m²/dygn.)</i>
24 tim. efter start av rad 1, dag 3 | 24 tim. | _____ | _____ | |
| 2. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
24 tim. efter start av rad 2, dag 3 | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| 1. 3000 ml/m ² = _____ ml Plasmalyte
<i>Intravenös infusion - ges parallellt</i>
<i>(Pågår tills urat normaliserats, kan eventuellt minskas till 2000 ml/m²/dygn.)</i>
24 tim. efter start av rad 1, dag 4 | 24 tim. | _____ | _____ | |
| 2. Etoposidfosfat _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
24 tim. efter start av rad 2, dag 4 | 2 tim. | _____ | _____ | _____ |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Metotrexat _____ mg

Ges intratekalt

(Är trombocyter > 50 ? Annars ges trombocyt-transfusion.)

2. Dexrazoxan _____ mg

Ges intravenöst under 15 min.

(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)

0 min. efter start av kurdag

3. Mitoxantron _____ mg

i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

0 min. efter stopp av rad 2, dag 6

4. Cytarabin _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 12 tim.

0 min. efter stopp av rad 3, dag 6

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexrazoxan _____ mg

Ges intravenöst under 15 min.

(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)

24 tim. efter start av rad 2, dag 6

2. Mitoxantron _____ mg

i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

0 min. efter stopp av rad 1, dag 7

3. Cytarabin _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 12 tim.

0 min. efter stopp av rad 2, dag 7

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Dexrazoxan _____ mg

Ges intravenöst under 15 min.

(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)

24 tim. efter start av rad 1, dag 7

2. Mitoxantron _____ mg

i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 1 tim.

0 min. efter stopp av rad 1, dag 8

3. Cytarabin _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 12 tim.

0 min. efter stopp av rad 2, dag 8

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|
| <p>1. Dexrazoxan _____ mg
Ges intravenöst under 15 min.
<i>(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)</i>
24 tim. efter start av rad 1, dag 8</p> | 15 min. | _____ | _____ | _____ |
| <p>2. Mitoxantron _____ mg
i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
0 min. efter stopp av rad 1, dag 9</p> | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| <p>3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 12 tim.
0 min. efter stopp av rad 2, dag 9</p> | 12 tim. | _____ | _____ | _____ |

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|
| <p>1. Dexrazoxan _____ mg
Ges intravenöst under 15 min.
<i>(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)</i>
24 tim. efter start av rad 1, dag 9</p> | 15 min. | _____ | _____ | _____ |
| <p>2. Mitoxantron _____ mg
i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.
0 min. efter stopp av rad 1, dag 10</p> | 1 tim. | _____ | _____ | _____ |
| <p>3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 12 tim.
0 min. efter stopp av rad 2, dag 10</p> | 12 tim. | _____ | _____ | _____ |

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| <p>1. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 12 tim.
24 tim. efter start av rad 3, dag 10</p> | 12 tim. | _____ | _____ | _____ |
|---|---------|-------|-------|-------|

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|
| <p>1. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 12 tim.
24 tim. efter start av rad 1, dag 11</p> | 12 tim. | _____ | _____ | _____ |
|---|---------|-------|-------|-------|