**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)

RegimID: NRB-73

## **AML2012: ACE** (AML2012: Amsakrin-Cytarabin-Etoposid)

Diagnoskod: C92

## Ordination/Administrering

| **Dag** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Amsakrin<br>Intravenös infusion<br>150 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Etoposid<br>Intravenös infusion<br>110 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration** S-Kalium skall kontrolleras före kur, samt dagligen under kuren! Kaliumvärdet bör ligga med god marginal inom normalintervallet.

**DAG 1** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin** _____ **mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin** _____ **mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposid** _____ **mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |

## DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |

## DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |

## DAG 4

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |

## DAG 5

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

| | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposid _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |