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-71

AML2012: DA 2+5 (AML2012: Cytarabin-Daunorubicin)

Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1			
Cytarabin Subkutan injektion 200 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination
Cytarabin ges var 12:e timme

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. **Daunorubicin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.		_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** Ges subkutant			_____	_____
5. OBS! 12 timmar mellan injektionerna			.....	
6. **Cytarabin _____ mg** Ges subkutant			_____	_____

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. **Daunorubicin _____ mg**
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 8 tim.
   8 tim. _____ _____
4. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____
5. OBS! 12 timmar mellan injektionerna
   .....
6. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____
2. OBS! 12 timmar mellan injektionerna
   .....
3. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____
2. OBS! 12 timmar mellan injektionerna
   .....
3. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____
2. OBS! 12 timmar mellan injektionerna
   .....
3. **Cytarabin _____ mg**
   Ges subkutant
   _____ _____