

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; 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 <sup>2</sup> (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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>       |  |  |  |        | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |  |  |  |        | _____ | ..... |
| 3. <b>Daunorubicin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 8 tim. |  |  |  | 8 tim. | _____ | _____ |
| 4. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant   |  |  |  |        | _____ | _____ |
| 5. OBS! 12 timmar mellan injektionerna   |  |  |  |        | ..... |       |
| 6. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>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<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>       |        | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |        | _____ | ..... |
| 3. <b>Daunorubicin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | _____ | _____ |
| 4. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant   |        | _____ | _____ |
| 5. OBS! 12 timmar mellan injektionerna   |        | ..... |       |
| 6. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant   |        | _____ | _____ |

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

- |  |  |       |       |
|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ |
| 2. OBS! 12 timmar mellan injektionerna               |  | ..... |       |
| 3. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |       |       |
|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ |
| 2. OBS! 12 timmar mellan injektionerna               |  | ..... |       |
| 3. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |       |       |
|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ |
| 2. OBS! 12 timmar mellan injektionerna               |  | ..... |       |
| 3. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant |  | _____ | _____ |