

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi (AML)

Behandlingsavsikt: Kurativ

AML2012: DA 3+4 (AML2012: Cytarabin-Daunorubicin)

RegimID: NRB-75

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ²	x1	x1	x1	
Cytarabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x2	x2	x2	x2

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Cytarabin infusion startas var 12:e timme.

Profylaktiskt mot konjunktivit ges ögondroppar med dexametason eller prednisolon (t.ex. Isopto-Maxidex eller Prednisolon APL 5 mg/ml).

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

- 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet _____
- Tablett/Injektion Antiemetika

- Daunorubicin** _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim. 8 tim. _____
- Cytarabin** _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. 2 tim. _____
- OBS! 12 timmar mellan infusionerna _____
- Cytarabin** _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. 2 tim. _____

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Daunorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim.</p> <p>4. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>5. OBS! 12 timmar mellan infusionerna</p> <p>6. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> | <p>8 tim.</p> <p>2 tim.</p> <p>2 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|---|---|

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Daunorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim.</p> <p>4. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>5. OBS! 12 timmar mellan infusionerna</p> <p>6. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> | <p>8 tim.</p> <p>2 tim.</p> <p>2 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|---|---|

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

- | | | | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. OBS! 12 timmar mellan infusionerna | | | | |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |