

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi

Behandlingsavsikt: Kurativ

(AML)

AML2012: DA 3+5 (AML2012: Cytarabin-Daunorubicin)

RegimID: NRB-72

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Daunorubicin Intravenös infusion 60 mg/m ²	x1	x1	x1		
Cytarabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Start av Cytarabin 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**

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

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

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. Daunorubicin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.		_____	_____
4. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
5. OBS! 12 timmar mellan infusionerna			.....
6. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____

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

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. | | _____ | _____ |

DAG 5 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. | | _____ | _____ |