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-74

AML2012: IDAC (AML2012: Cytarabin intravenöst)

Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Cytarabin Intravenös infusion 1000 mg/m^2 (kroppsyta)	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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	**Cytarabin** _____ **mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
3.	OBS! 12 timmar mellan infusionerna			.....	
4.	**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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
3. OBS! 12 timmar mellan infusionerna			.....	
4. **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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
3. OBS! 12 timmar mellan infusionerna			.....	
4. **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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
3. OBS! 12 timmar mellan infusionerna			.....	
4. **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 *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
3. OBS! 12 timmar mellan infusionerna			.....	
4. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____