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-626

AML2014: A 5-REDUCERAD (AML2014: Cytarabin subkutant)

Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Cytarabin Subkutan injektion 200 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2

Lågemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Cytarabin ges var 12:e timme

DAG 1 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 2 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 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