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-627

AML2014: ACE (AML2014: Amsakrin-Cytarabin-Etoposid)

Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Amsakrin Intravenös infusion 150 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1
Cytarabin Intravenös infusion 100 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1
Etoposidfosfat Intravenös infusion 110 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Spoldropp Glukos 50 mg/ml. Risk för utfällning av Amsakrin i närvaro av Natriumklorid 9 mg/ml.

Anvisningar för ordination
S/P-Kalium skall kontrolleras före kur, samt dagligen under kuren! Kaliumvärdet bör ligga med god marginal inom normalintervallet.

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Amsakrin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 tim.	20 tim.		_____	_____
5. **Etoposidfosfat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Amsakrin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 tim.	20 tim.		_____	_____
5. **Etoposidfosfat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Amsakrin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 tim.	20 tim.		_____	_____
5. **Etoposidfosfat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____

DAG 4

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Amsakrin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 tim.	20 tim.		_____	_____
5. **Etoposidfosfat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Amsakrin _____ mg** i 500 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim.	2 tim.		_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 tim.	20 tim.		_____	_____
5. **Etoposidfosfat _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim.	1 tim.		_____	_____