

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
 (AML)

RegimID: NRB-676

AML2014: DA 2+5-REDUCERAD (AML2014:
 Cytarabin-Daunorubicin)
 Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1			
Cytarabin Subkutan injektion 200 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2

Medeleemetogen.

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

_____ | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
Ges subkutan | _____ | _____ |
| 4. OBS! 12 timmar mellan injektionerna | | |
| 5. Daunorubicin _____ mg
Ges intravenöst under 8 tim. | _____ | 8 tim. _____ |
| 6. Cytarabin _____ mg
Ges subkutan | _____ | _____ |

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. Cytarabin _____ mg
Ges subkutant | _____ | _____ |
| 4. OBS! 12 timmar mellan injektionerna | | |
| 5. Daunorubicin _____ mg
Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | _____ |
| 6. 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 | _____ | _____ |