**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-630

## **AML2014: DA 3+4-REDUCERAD** (AML2014: Cytarabin-Daunorubicin)

Diagnoskod: C92

## Ordination/Administrering

| **Dag** | **1** | **2** | **3** | **4** |
|---|---|---|---|---|
| Daunorubicin<br>Intravenös infusion<br>45 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>1000 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x2 | x2 | x2 | x2 |

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

**Villkor och kontroller för administration** Start av Cytarabin 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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** OBS! 12 timmar mellan infusionerna av Cytarabin | | | ..... | |
| **5.** **Daunorubicin _____ mg**<br>Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | | _____ | _____ |
| **6.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** | **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** | OBS! 12 timmar mellan infusionerna av Cytarabin | | | ..... | |
| **5.** | **Daunorubicin _____ mg**<br>Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | | _____ | _____ |
| **6.** | **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** | Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** | **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** | OBS! 12 timmar mellan infusionerna av Cytarabin | | | ..... | |
| **5.** | **Daunorubicin _____ mg**<br>Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | | _____ | _____ |
| **6.** | **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** OBS! 12 timmar mellan infusionerna | | | ..... | |
| **5.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |