

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-5432

Cytarabin reducerad subkutant (A 5-Reducerad)

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

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1-5:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cytarabin** _____ **mg**

Ges subkutant

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. **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

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. **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

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. **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

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. **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

(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)

2. **Cytarabin** _____ **mg**

Ges subkutant