

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

**Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi
(AML)**

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

Amsakrin-Cytarabin-Etoposid (ACE)

RegimID: NRB-5433

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Amsakrin Intravenös infusion 150 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1
Cytarabin Intravenös infusion 100 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1
Etoposidfosfat Intravenös infusion 110 mg/m ²	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. Risk för ventrikulär arytmi.

Etoposidfosfat - Angiven grunddos motsvarar samma dos Etoposid, dvs ingen omräkning ska göras!

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

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Amsakrin _____ mg
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>4. Cytarabin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 20 tim.</p> <p>5. Etoposidfosfat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.</p> | <p></p> <p></p> <p>2 tim.</p> <p>20 tim.</p> <p>1 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|--|--|

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i></p> <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____</p> <p>3. Amsakrin _____ mg
i 500 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.</p> <p>4. Cytarabin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 20 tim.</p> <p>5. Etoposidfosfat _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 1 tim.</p> | <p></p> <p></p> <p>2 tim.</p> <p>20 tim.</p> <p>1 tim.</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|--|--|

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|---|---------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 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. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 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. 500 ml Glukos 50 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 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. | | _____ | _____ |