

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-5433

Amsakrin-Cytarabin-Etoposid (ACE)

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. Risk för ventrikulär arytmi.

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

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-5d/>

DAG 1 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 2 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 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. | | _____ | _____ |