**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-5433

## **Amsakrin-Cytarabin-Etoposid** (ACE)

Diagnoskod: C92

## Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Amsakrin<br>Intravenös infusion<br>150 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Cytarabin<br>Intravenös infusion<br>100 mg/$m^2$ (kroppsyta) | x1 | x1 | x1 | x1 | x1 |
| Etoposidfosfat<br>Intravenös infusion<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>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<br>*Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet* | | | _____ | ..... |
| **2.** Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____ | | | _____ | ..... |
| **3.** **Amsakrin _____ mg**<br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim. | 2 tim. | | _____ | _____ |
| **4.** **Cytarabin _____ mg**<br>i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 20 tim. | 20 tim. | | _____ | _____ |
| **5.** **Etoposidfosfat _____ mg**<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 1 tim. | 1 tim. | | _____ | _____ |