

Datum: \_\_\_\_\_  
 Läkare: \_\_\_\_\_  
 Kur nr: \_\_\_\_\_  
 Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_  
 Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi  
 (AML)

RegimID: NRB-5435

**Cytarabin-Daunorubicin 5+2 d. Reducerad (DA 2+5  
 Reducerad)**  
 Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1	x1			
Cytarabin Subkutan injektion 200 mg (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration***Daunorubicin*: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.*Cytarabin* ges var 12:e timme.**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument:

:<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-2d/> \_ Dag  
 3-5: <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. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                       |        |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |        |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant<br><i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i>                     |        |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Daunorubicin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 8 tim.                 | 8 tim. |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant<br><i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> |        |  | _____ | _____ |

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

- |  |        |  |       |       |
|--|--------|--|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>                       |        |  | _____ | ..... |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____   |        |  | _____ | ..... |
| 3. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant<br><i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i>                     |        |  | _____ | _____ |
| 4. <b>Daunorubicin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 8 tim.                 | 8 tim. |  | _____ | _____ |
| 5. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant<br><i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> |        |  | _____ | _____ |

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

- |  |  |  |       |       |
|--|--|--|-------|-------|
| 1. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant<br><i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i>                     |  |  | _____ | _____ |
| 2. <b>Cytarabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges subkutant<br><i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> |  |  | _____ | _____ |

**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

*((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))*

\_\_\_\_\_

**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

*((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))*

\_\_\_\_\_