

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi
(AML)

RegimID: NRB-2555

APL: Konsolidering I, enligt AIDA-protokoll

Diagnoskod: C92.4

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg (standarddos)	x1														
Idarubicin Intravenös infusion 5 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1											
Cytarabin Intravenös infusion 3000 mg/m ² (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1											
Tretinoin Peroral kapsel 22,5 mg/m ² (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Anvisningar för ordination

Cytarabin - Ge kortisoninnehållande ögondroppar, t.ex Prednisolon 0,5 %, 1-2 droppar 3 gånger dagligen, under behandlingsdygnet.

Dosjustering rekommendation

Uppmärksamhet på pseudotumor cerebri, huvudvärk, illamående, kräkningar och dimsyn. Tretionin avbryts temporärt, behandling ges med opiat och osmotiska diuretika (Diamox) ges. Reducera dosen Tretionin till 12,5 mg/m² per administrationstillfälle. Den reducerade dosen används fortsatt vid konsolideringar och underhållsbehandling.

Hepatotoxicitet - ASAT, ALAT eller ALP stiger > 5 ggr ska Tretionin tillfälligt seponeras.

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

1. Tretinoin _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. Metotrexat _____ mg Ges intratekalt		_____	_____
3. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	
4. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	
5. Idarubicin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 min.	20 min.	_____	_____
6. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.	_____	_____
7. Tretinoin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tretinoin _____ mg Ges peroralt	Morgondos	_____	_____
2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spol dropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____	
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____	
4. Idarubicin _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 20 min.	20 min.	_____	_____
5. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 3 tim.	3 tim.	_____	_____
6. Tretinoin _____ mg Ges peroralt	Kvällsdos	_____	_____

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

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Tretinoin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Idarubicin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 20 min. | 20 min. | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim. | 3 tim. | _____ | _____ |
| 6. Tretinoin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Tretinoin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 4. Idarubicin _____ mg
i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 20 min. | 20 min. | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 3 tim. | 3 tim. | _____ | _____ |
| 6. Tretinoin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Tretinoin _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. Tretinoin _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Tretinoin** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos