

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)

APL: Konsolidering III, enligt AIDA-protokoll

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-2557

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Metotrexat Intratekal injektion 12 mg	x1				x1										
Idarubicin Intravenös infusion 10 mg/m ²	x1														
Cytarabin Intravenös infusion 150 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1										
Tretinoin Peroral kapsel 22,5 mg/m ²	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 opiater 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. 250 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 8 tim.	8 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
4. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.	_____	_____
5. 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
4. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.	_____	_____
5. 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
3. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____		_____
4. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.	_____	_____
5. 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. Metotrexat _____ mg Ges intratekalt		_____	_____
3. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>		_____
4. Cytarabin _____ mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim.	8 tim.	_____	_____
5. 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 | _____ | _____ |