

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

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

(AML)

Azacitidin

RegimID: NRB-5440

Kurintervall: 28 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Azacitidin Suspension Subkutan injektion 100 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1																	

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Azacitidin Suspension Subkutan injektion 100 mg/m ²								

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Injiceras subkutant (injektionsnålen sticks in i 45-90° vinkel) med en 25 gauge injektionsnål i överarmen, låret eller buken.

Högre doser än 4 ml injiceras på två skilda ställen. Injektionsstället skall roteras. Nya injektioner skall ges minst 2,5 cm från det tidigare injektionsstället.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus (s-bikarbonat) och kreatinin.

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

1. **Azacitidin Suspension** _____ mg
Ges subkutant

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

1. **Azacitidin Suspension** _____ mg
Ges subkutant

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

1. **Azacitidin Suspension** _____ mg
Ges subkutant

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

1. Azacitidin Suspension _____ mg

Ges subkutant

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

1. Azacitidin Suspension _____ mg

Ges subkutant
