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-8954

Cytarabin + Midostaurin (A5+ Midostaurin)

Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Cytarabin Intravenös infusion 1000 mg/m^2 (kroppsyta)	x2	x2	x2	x2	x2																
Midostaurin Peroral kapsel 50 mg (standarddos)								x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Cytarabin ges var 12:e timme.

Midostaurin - Johannesört får ej intas under behandling.

Vid kräkning eller missad dos tas nästa dos vid nästa ordinarie doseringstillfälle.

Midostaurin Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas i samband med måltid

Anvisningar för ordination

Midostaurin:

Interaktionsbenägen substans, observera interaktion med Posakonazol som ökar koncentration av Midostaurin.

Dosjustering rekommendation

Rutinmässig dosreduktion av äldre bör undvikas.

Midostaurin - dosjusteringar/dosuppehåll kan behövas vid lunginfiltrat, förlängt QTc-intervall och vid annan grad 3/4 icke-hematologisk toxicitet, se FASS.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-4-5d/ Dag 8-21: 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. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *(OBS! 12 timmar mellan infusionerna)*	2 tim.		_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____
4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
5. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))*	2 tim.		_____	_____

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....

2. Tablett/Injektion Antiemetika
   _____
   _____
   _____ .....

3. **Cytarabin _____ mg**
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   ((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))
   2 tim. _____ _____

4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet
   _____ .....

5. **Cytarabin _____ mg**
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 2 tim.
   ((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))
   2 tim. _____ _____

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

1. **Midostaurin _____ mg**
   Ges peroralt
   (Morgondos)
   Morgondos _____ _____

2. **Midostaurin _____ mg**
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)
   Kvällsdos _____ _____

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

1. **Midostaurin _____ mg**
   Ges peroralt
   (Morgondos)
   Morgondos _____ _____

2. **Midostaurin _____ mg**
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)
   Kvällsdos _____ _____

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

1. **Midostaurin _____ mg**
   Ges peroralt
   (Morgondos)
   Morgondos _____ _____

2. **Midostaurin _____ mg**
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)
   Kvällsdos _____ _____

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

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

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

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Midostaurin** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   (Morgondos)
2. **Midostaurin** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
   (Kvällsdos)

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej	**Inf. tid**	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1. Midostaurin _____ **mg** Ges peroralt *(Morgondos)*	Morgondos		_____	_____
2. Midostaurin _____ **mg** Ges peroralt *(Kvällsdos)*	Kvällsdos		_____	_____