

Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____

Yta (m²): _____

Vikt (kg): _____

Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi

(AML)

Cytarabin-Daunorubicin 5+2 d + Midostaurin (DA 2+5

+ Midostaurin)

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-8955

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Daunorubicin Intravenös infusion 60 mg/m ²	x1	x1																			
Cytarabin Intravenös infusion 1000 mg/m ²	x2	x2	x2	x2	x2																
Midostaurin Peroral kapsel 50 mg								x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Daunorubicin: Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.

Cytarabin ges var 12:e timme

Midostaurin: Johannesört bör undvikas. Vid kräkning eller missad dos tas nästa dos vid nästa ordinarie doseringstillfälle.

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.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | |
|--|--------|-------|-------|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>(OBS! 12 timmar mellan infusionerna av Cytarabin)</i> | 2 tim. | _____ | _____ |
| 4. Daunorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | _____ | _____ |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 6. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 2 tim. | _____ | _____ |
| 4. Daunorubicin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | _____ | _____ |
| 5. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 6. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 2 tim. | _____ | _____ |
| 4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 2 tim. | _____ | _____ |
| 4. 150 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 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
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |
| 4. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | _____ | |
| 5. Cytarabin _____ mg
i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 2 tim.
<i>((Startas 12 timmar efter föregående start av Cytarabin-infusion.))</i> | 2 tim. | | _____ | _____ |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|--|-----------|--|-------|-------|
| 1. Tablett/Injektion Antiemetika
<i>(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)</i>

_____ | | | _____ | |
| 2. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
<i>(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.)</i> | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
<i>(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.)</i> | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

Morgondos

3. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Kvälldos.

Tas tillsammans med mat.)

Kvällsdos

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

Morgondos

3. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Kvälldos.

Tas tillsammans med mat.)

Kvällsdos

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

Morgondos

3. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Kvälldos.

Tas tillsammans med mat.)

Kvällsdos

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. **Midostaurin** _____ **mg**

Morgondos

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

3. **Midostaurin** _____ **mg**

Kvällsdos

Ges peroralt

(Kvällsdos.

Tas tillsammans med mat.)

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Tablett/Injektion Antiemetika
(Förebyggande antiemetika för Midostaurin.)

2. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Morgondos.

Tas tillsammans med mat.)

Morgondos

3. Midostaurin _____ mg

Ges peroralt

(Kvälldos.

Tas tillsammans med mat.)

Kvälldos