

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-8956

Cytarabin-Daunorubicin 5+3 d + Midostaurin (DA 3+5 + Midostaurin)

Diagnoskod: C92

Ordnation/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 (kroppsyta)	x1	x1	x1																		
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

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.

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:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5a-5d/>
alternativt<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-5b-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 <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. 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 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. 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 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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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

(Kvällsdos.

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

(Kvällsdos.

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

(Kvällsdos.

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
Ges peroralt
(Morgondos.
Tas tillsammans med mat.) | Morgondos | | _____ | _____ |
| 3. Midostaurin _____ mg
Ges peroralt
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |

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
(Kvällsdos.
Tas tillsammans med mat.) | Kvällsdos | | _____ | _____ |