

**Datum:** \_\_\_\_\_  
**Läkare:** \_\_\_\_\_  
**Kur nr:** \_\_\_\_\_  
**Längd (cm):** \_\_\_\_\_ **Vikt (kg):** \_\_\_\_\_  
**Yta (m<sup>2</sup>):** \_\_\_\_\_ **Aktuellt GFR:** \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

## Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi

(AML)

**FAV-Ida induktion**

Behandlingsavsikt: Remissionssyftande

RegimID: NRB-8957

**Ordnation/Administrering**

Dag	1	2	3	4	5	6	7
Fludarabin Intravenös infusion 30 mg/m <sup>2</sup>	x1	x1	x1	x1	x1		
Cytarabin Intravenös infusion 1500 mg/m <sup>2</sup>	x1	x1	x1	x1	x1		
Idarubicin Intravenös infusion 10 mg/m <sup>2</sup>			x1	x1	x1		
Venetoklax Peroral tablett 400 mg	x1						

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration***Idarubicin* Starkt vävnadsretande. Central infart rekommenderas.*Cytarabin* startas 4 timmar efter start av Fludarabin.*Venetoklax*: Grapefrukt, pomerans och stjärnfrukt (carambola) och johannesört ska ej intas under behandlingen.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 8 timmar kvar till nästa planerade dos.

Om en patient kräks efter dosering ska ingen ytterligare dos tas samma dag. Nästa ordinerade dos ska tas på schemalagd tid nästa dag.

**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blod-, lever- och elektrolytstatus inkl kreatinin.

Observans på tumörlyssyndrom.

G-CSF alternativt Pegfilgrastim bör övervägas från dag 7.

*Idarubicin*: Dosen anpassas (6-10 mg/m<sup>2</sup>) efter kumulativ dos av antracykliner, komorbiditet, om det är induktion eller konsolidering etc*Venetoklax*: Observera interaktion med antimykotika tex Posakonazol. Om nödvändig Pozakonazolbehandling, reducera dosen Venetoklax till 100 mg eller lägre.

Poängtera vikten av att ta Venetoklax tillsammans med mat.

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

**1. Venetoklax \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

\_\_\_\_\_

**2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

\_\_\_\_\_

.....

**3. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

**4. Fludarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

\_\_\_\_\_

**5. Cytarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 2 tim.

(OBS! Infusionen med Cytarabin startas 4 timmar efter start av Fludarabin)

2 tim.

\_\_\_\_\_

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

**1. Venetoklax \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

\_\_\_\_\_

**2. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

\_\_\_\_\_

.....

**3. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

**4. Fludarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

\_\_\_\_\_

**5. Cytarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 2 tim.

(OBS! Infusionen med Cytarabin startas 4 timmar efter start av Fludarabin)

2 tim.

\_\_\_\_\_

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

- |   |         |       |       |
|---|---------|-------|-------|
| 1. Venetoklax _____ mg<br>Ges peroralt<br>(Tillsammans med mat.)  |         | _____ | _____ |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet   |         | _____ | ..... |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         | _____ | ..... |
| 4. Fludarabin _____ mg<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.   | 30 min. | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br>(OBS! Infusionen med Cytarabin startas 4 timmar efter start av Fludarabin) | 2 tim.  | _____ | _____ |
| 6. Idarubicin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 8 tim.  | 8 tim.  | _____ | _____ |

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

- |   |         |       |       |
|---|---------|-------|-------|
| 1. Venetoklax _____ mg<br>Ges peroralt<br>(Tillsammans med mat.)  |         | _____ | _____ |
| 2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet   |         | _____ | ..... |
| 3. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |         | _____ | ..... |
| 4. Fludarabin _____ mg<br>i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 30 min.   | 30 min. | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.<br>(OBS! Infusionen med Cytarabin startas 4 timmar efter start av Fludarabin) | 2 tim.  | _____ | _____ |
| 6. Idarubicin _____ mg<br>i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br>Ges intravenöst under 8 tim.  | 8 tim.  | _____ | _____ |

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

**1. Venetoklax \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

\_\_\_\_\_

**2. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml**

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

\_\_\_\_\_

.....

**3. Tablett/Injektion Antiemetika**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

**4. Fludarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.

30 min.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Cytarabin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 2 tim.

(OBS! Infusionen med Cytarabin startas 4 timmar efter start av Fludarabin)

2 tim.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Idarubicin \_\_\_\_\_ mg**

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 8 tim.

8 tim.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Venetoklax \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

**1. Venetoklax \_\_\_\_\_ mg**

Ges peroralt

(Tillsammans med mat.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_