

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Akut myeloisk leukemi
 (AML)

RegimID: NRB-5435

Cytarabin-Daunorubicin 5+2 d. Reducerad (DA 2+5 Reducerad)
 Diagnoskod: C92

Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----|----|----|----|----|
| Daunorubicin Intravenös infusion 45 mg/m ² (kroppsyta) | x1 | x1 | | | |
| Cytarabin Subkutan injektion 200 mg (standarddos) | 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.

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

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | | | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg Ges subkutant (OBS! 12 timmar mellan injektionerna) | | | | | _____ | _____ |
| 4. Daunorubicin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim. | | | | 8 tim. | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg Ges subkutant (Start 12 timmar efter föregående Cytarabin- injektion.) | | | | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--------|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | _____ | |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____ | | _____ | |
| 3. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i> | | _____ | _____ |
| 4. Daunorubicin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 8 tim. | 8 tim. | _____ | _____ |
| 5. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i> | | _____ | _____ |
| 2. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i> | | _____ | _____ |
| 2. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> | | _____ | _____ |

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

- | | | | |
|--|--|-------|-------|
| 1. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>(OBS! 12 timmar mellan injektionerna)</i> | | _____ | _____ |
| 2. Cytarabin _____ mg Ges subkutant <i>((Start 12 timmar efter föregående Cytarabin-injektion.))</i> | | _____ | _____ |