

Stud.-Nr. (Pat.-ID): _____

geb.: _____

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Körperoberfläche: _____ m²

AIEOP-BFM ALL 2009: DNX-FLA

(Bitte Applikationsdaten, Dosis [evtl. Reduktionen] und Komplikationen eintragen)

- Bitte verabreichte Medikamentengaben abhaken (✓), nicht verabreichte streichen (✗) und Verschiebungen nachvollziehbar kennzeichnen!
- Bitte während oder im Anschluss an DNX-FLA aufgetretene (S)AE an die Studienzentrale melden!

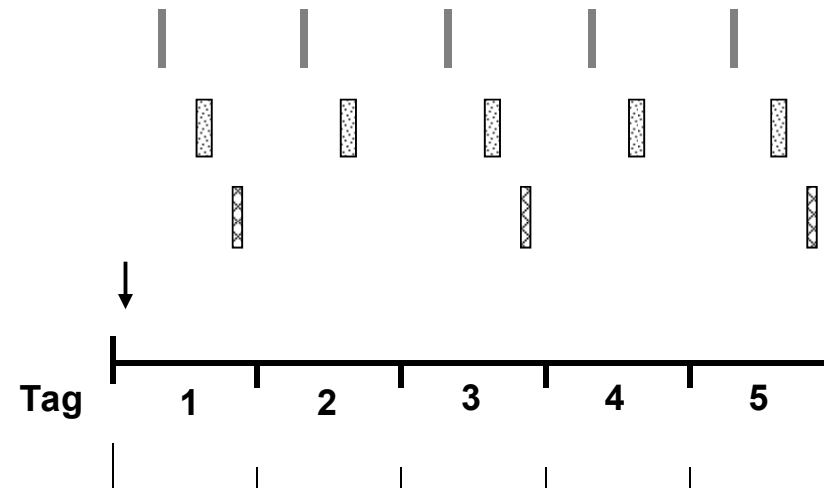
Fludarabin p.i. (30 min) 30 mg/m²/ED |_|_| mg

HD-ARA-C p.i. (3 h) 2000 mg/m²/ED
(mind. 4 h nach Ende von Fludarabin) |_|_|_|_| mg

Daunoxome p.i. (1 h) 60 mg/m²/ED |_|_|_| mg

MTX i.th. Dosis nach Alter |_|_| mg

Alter	1-<2 J.	2-<3 J.	≥3 J
MTX-Dosis i.th.	8 mg	10 mg	12 mg



Bitte Datum eintragen

Therapieplan berechnet und erstellt:

Datum, Name und Unterschrift Prüfarzt

Therapie verabreicht wie dokumentiert:

Datum, Name und Unterschrift Prüfarzt oder Dokumentar

Bitte bei Auftreten eines (S)AE in/nach diesem Element eine Kopie d. Plans an: Studienzentrale AIEOP-BFM ALL 2009, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 9, 24105 Kiel

AIEOP-BFM ALL 2009: Block DNX-FLA

Name: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm KOF: _____ m²
geb.: _____

Tag 1 (_____) **Diagnostik: KMP (Zytomorphologie, PCR-MRD)**

Tag 1 (_____) **LP** _____ **mg METHOTREXAT i.th.** (Dosierung s.u.)

Tag 1 - 5 (_____ - _____) _____ **mg FLUDARABIN** (30 mg/m²/ED) KI (30 min)
- 5 Gaben im Abstand von 24 h (jeweils um 9.00 Uhr)

Tag 1 - 5 (_____ - _____) _____ **mg CYTARABIN** (2000 mg/m²/ED) KI 3 h
- 5 Gaben im Abstand von 24 h (jeweils 4 Stunden nach Ende der Fludarabin-Infusion)
- Monitorüberwachung, cave: Ataxie, Nystagmus

Tag 1-7 (_____ - _____) _____
- künstliche Tränenflüssigkeit alle 6 Std. in beide Augen
- Hexobion 2x _____ mg (150 mg/m²/ED, Dragees á 100 + 300 mg)

Tag 1 (_____) + _____ **mg DAUNOXOME** (60 mg/m²/ED) KI (1 h)

Tag 3 (_____) + _____
- jeweils im Anschluss an Cytarabin

Tag 5 (_____)

Supportiva:

i. th. MTX Dosis nach Alter:

1 - <2 Jahre 8 mg

2 - <3 Jahre 10 mg

≥3 Jahre 12 mg

Datum: _____

Unterschrift Arzt 1: _____

Unterschrift Arzt 2: _____