

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Malignt melanom
Dabrafenib-Trametinib

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-2017

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Dabrafenib Peroral kapsel 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2
Trametinib Peroral tablett 2 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Dabrafenib Peroral kapsel 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2
Trametinib Peroral tablett 2 mg	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Sköterskekontakt efter en vecka, därefter kontakt enligt individuell bedömning. Kontroll av eventuella biverkningar som feber (≥ 38), hud- och ögonbesvär.

Dosen tas vid ungefär samma tidpunkt varje dag, Dabrafenib tas morgon och kväll, Trametinib tas vid ett tillfälle.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 6 timmar (Dabrafenib) respektive 12 timmar (Trametinib) kvar till nästa planerade dos.

Anvisningar för ordination*Varje månad kontrolleras:*

Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Mg, kreatinin

Leverstatus: ALP, ASAT, bilirubin, LD

CRP, blodtryck.

Kontroll av biverkningar som feber (≥ 38), hud- och ögonbesvär.*Var tredje månad kontrolleras:*

EKG med fokus på QT-tid.

Interaktioner: Dabrafenib - samtidig administrering av exempelvis Rifampicin, Rifabutin, Karbamazepin och Johannesört ska undvikas. Fler läkemedelsgrupper är aktuella, se FASS.

Dosjustering rekommendation*Feber (≥ 38):*

Behandlingen med Dabrafenib och Trametinib avbryts. Ge febernedsättande (t.ex. paracetamol) och vid behov kortikosteroid (t.ex. betametason). Återinsätt Dabrafenib och Trametinib tillsammans med febernedsättande läkemedel efter 24 timmars symptomfrihet, antingen på samma dosnivå eller reducerad med en dosnivå om febern är återkommande och/eller åtföljs av andra symtom (uttorkning, hypotension, njursvikt), se FASS.

Vid grad 2 (ej tolererbara) - grad 3 biverkningar avbryts behandlingen tills grad 0-1 uppträder och sänk dosen Dabrafenib till 100 mg x 2 och Trametinib till 1,5 mg när behandlingen återupptas.

Vid grad 4 biverkningar - behandlingen avbryts permanent eller tills grad 0-1 uppträder och sänk dosen Dabrafenib till 100 mg x 2 och Trametinib till 1,5 mg när behandlingen återupptas. För fler dossänkningar, se FASS.

DAG 1	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Morgondos		_____	_____
2. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Kvällsdos		_____	_____
3. Trametinib _____ mg Ges peroralt						_____	_____

DAG 2	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Morgondos		_____	_____
2. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Kvällsdos		_____	_____
3. Trametinib _____ mg Ges peroralt						_____	_____

DAG 3	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Morgondos		_____	_____
2. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Kvällsdos		_____	_____
3. Trametinib _____ mg Ges peroralt						_____	_____

DAG 4	Datum_____	Beställs till kl_____	Avvakta ja nej	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Morgondos		_____	_____
2. Dabrafenib _____ mg Ges peroralt				Kvällsdos		_____	_____
3. Trametinib _____ mg Ges peroralt						_____	_____

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ mg

Ges peroralt

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ mg

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

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

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Morgondos

2. **Dabrafenib** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

3. **Trametinib** _____ **mg**

Ges peroralt