Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Malignt melanom

RegimID: NRB-2017

Dabrafenib-Trametinib

Diagnoskod: C44

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 (standarddos)	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 (standarddos)	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 (standarddos)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2
Trametinib Peroral tablett 2 mg (standarddos)	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 ($\geq$ 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.

Dabrafenib Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid

Trametinib Peroral tablett
Dosering i förhållande till måltid: Tas minst en timme före eller två timmar efter måltid

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 ($\geq$ 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 ($\geq$ 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.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument:
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. 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** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
3. **Trametinib** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 27 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dabrafenib** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
2. **Dabrafenib** _____ **mg** Kvällsdos _____ _____
   Ges peroralt
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				_____	_____