

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

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-2016

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

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Dabrafenib Peroral kapsel 150 mg	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2

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) och hudbesvär.

Dosen tas vid ungefär samma tidpunkt varje dag, med cirka 12 timmar mellan doserna.

Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 6 timmar kvar till nästa planerade dos.

Anvisningar för ordination

Blodstatus: Hb, LPK, TPK

Elektrolytstatus: Na, K, Mg, kreatinin

Leverstatus: ALP, ASAT, bilirubin, LD

CRP.

Kontroll av biverkningar som feber (≥ 38) och hudbesvär.

Interaktioner: Samtidig administrering av exempelvis Rifampicin, Rifabutin, Karbamazepin och Johannesört ska undvikas.

Fler läkemedelsgrupper är aktuella, se FASS.

Två styrkor finns: 50 och 75 mg.

Dosjustering rekommendation

Feber (≥ 38):

Behandlingen med Dabrafenib. Ge febernedsättande (t.ex. paracetamol) och vid behov kortikosteroid (t.ex. betametason). Återinsätt Dabrafenib 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 till 100 mg x 2 när behandlingen återupptas, se FASS.

Vid grad 4 biverkningar - behandlingen avbryts permanent eller tills grad 0-1 uppträder och sänk dosen Dabrafenib till 100 mg x 2 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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