

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

RegimID: NRB-2017

Dabrafenib-Trametinib

Diagnoskod: C44

Ordnation/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 (≥ 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 (≥ 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
