

Datum: _____

Patientdata

Kur: _____

Yta: _____

Vikt: _____

Ipilimumab

Malignt melanom

Inf Ipilimumab (Yervoy) 3mg/kg (om lämpligt jämna 50-tal) Dag 1 var 3:e vecka i 4 kurer

Läkarbesök minst dagen innan behandling (ej samma dag).

Inför varje kur: Blodstatus, ASAT, ALAT, Na, K, Krea, TSH, Fritt T4, ACTH.

Efter 4:e kuren: provtagning enligt ovan var 4:e vecka, 4 gånger.

Pat skall kontaktas dag 8-10 mellan behandlingarna för att kontrollera AT, använd frågeformulär.

Övervakning kur 1: Puls, BT och observation 30, 60 och 90 minuter efter start av behandling.

Vid svåra biverkningar eller andra problem sök Gustav Ullenhag eller Ylva Naeser alt. Uppsala onkologens jourläkare via växel n tele: 018-6110000.

Får inte blandas innan patienten anlänt.

Hantering av infusionsrelaterade symtom:

- Vid reaktion med flush, rodnad och/eller feber <38 = minska hastigheten med 50%** , förvärras symtomen, stäng av infusionen. Starta igen på halverad hastighet när symtomen avklingat. Halvera infusionshastigheten enl ovan nästkommande behandlingar. Se till att få ordinerat pre med.
- Allergisk reaktion, urticaria, dyspné feber >38=stoppa infusionen.** Ge LM enl lokal praxis eller enligt läkarordination. Starta på nytt när symtom avklingat på halverad hastighet resten av infusionen och de nästkommande behandlingarna, glöm inte pre med.
- Kraftig allergisk reaktion, anafylaxi, brochospasm, hypotension mm =stoppa infusionen.** Ge LM enl lokal praxis eller läkarordination.

DAG 1 beställs till kl _____ avvakta ja **Ssk.sign Läk.sign**

Före start Temp _____ BT _____ P _____

Får inte blandas innan patienten anlänt.

Ev pre med. (om reaktion vid föregående kur)

Filter 0,2 µm ska användas

Inf Ipilimumab _____ mg iv i 100 ml NaCl. Inf.tid 90 min

Start _____
Stopp _____

Övervakning kur 1 se nedan.

Efter avslutad behandling: BT: _____ P: _____ Temp: _____ Sign: _____

Övervakning Kur 1

efter start av beh.	Kl	<u>Blodtryck</u>	<u>Puls</u>	<u>Observationer</u>	<u>Sign</u>
30 min					
60 min					
90 min					

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift: _____