

JOURNALHANDLING

Datum: _____
 Kur: _____
 Vikt: _____
 Längd: _____
 Yta: _____

Patientdata

TEMOZOLOMID (TEMODAL)

Malignt melanom

K Temodal	150-200 mg/m ² *	Dag 1-5
-----------	-----------------------------	---------

* 150 mg/m² till äldre, sköra patienter

Inför kur 1: Blodstatus, neutrofila.
Inför behandlingsstart och dag 22 följande kurer: Blodstatus, neutrofila, leverstatus.
Cykelintervall: 28 dagar.
OBS! Om kräkning uppträder efter att dosen K.Temodal givits skall **inte** en andra dos ges den dagen.
K Temodal sväljs hela tillsammans med lite vatten. Kapslar får ej öppnas eller tuggas.
Efter kur: Antiemetikaschema nr 1.
Ge patientinformation sid 1-2 till patienten.

Ordination dag 1-5

Ssk sign Läk sign

T Betapred 0,5 mg , 8 tabl morgon	_____	
T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal	_____	
K Temodal _____ mg po, motsvarar _____ st kaps á 20 mg		_____
_____ st kaps á 100 mg		
_____ st kaps á 140 mg		
_____ st kaps á 180 mg		
_____ st kaps á 250 mg		
Delat (i dosett) för 5 dagar.	_____	

Godkänt av: _____ Läkarens underskrift _____

TEMOZOLOMID (TEMODAL)

Varje behandlingsperiod består av 28 dagar (5 dagar behandling, 23 dagar uppehåll).

Ta TEMODAL på fastande mage (minst 1 timme före eller efter måltid). TEMODAL bör tas vid samma tidpunkt varje dag, förslagsvis till kvällen/natten. Kapslarna ska sväljas hela med ett glas vatten. De får **inte öppnas eller tuggas**. Om Du kräks efter att Du tagit TEMODAL-dosen ska Du inte ta en andra dos den dagen.

Om du får en **blödning** (t ex näsblod, slemhinneblödning eller lätt får blåmärken) av oklar anledning, kontakta onkologen (dagvårdsavdelning på dagtid och vårdavdelning kvällar och helger) så snart som möjligt.

Mot illamående: Stolpiller Primperan 20 mg vid behov eller tabl Primperan 10 mg vid behov.

Inför start av kur ska Dina blodvärden vara tillräckligt bra för att vi ska kunna ge Dig en ny behandling. Om detta ej är uppfyllt kontrolleras värdena på nytt. När värdena tillåter behandling ges TEMODAL och då eventuellt med en dosjustering enligt ett speciellt schema.

Om du har frågor eller problem så kontakta din enhet.

Godkänt av: _____

Dag 1 Datum _____**T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 2 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 3 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 4 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg****Dag 5 Datum _____****T Betapred 0,5 mg, 8 tabl morgon****T Ondansetron 8 mg po 1 tablett 1½ timme före K Temodal****Din totala dagliga dos K Temodal _____ mg**

Ordinerat av, Läkarens underskrift _____

Delat av, ssk sign _____