Behandlingsdagbok om INLYTA (axitinib)

Erbjuder vägledning och stöd för din behandling med INLYTA

Du har fått den här broschyren eftersom du har ordinerats INLYTA för behandling av metastaserad njurcancer (mRCC).

Du kan använda denna behandlingsdagbok som ett hjälpmedel

Om den här dagboken

Den här dagboken kan hjälpa dig att hålla ordning på ditt behandlingsschema och för att notera eventuella biverkningar. Du kan använda den som hjälp för att se om du har tagit din medicin. Du kan också ta med dig den till ditt läkarbesök så att din läkare eller sjuksköterska kan se hur du mår av behandlingen.

Informationen i den här dagboken är inte avsedd att ersätta din omvårdnad eller rådgivning. Vänligen kontakta din läkare eller sjuksköterska om du har frågor om din behandling eller hur du kan hantera biverkningar.

Att tala med din läkare eller sjuksköterska om INLYTA

Om du har frågor om din behandling eller eventuella biverkningar, tala med din läkare eller sjuksköterska.

Skriv ner de svar du får av dem. Berätta om det är något du inte förstår och oroa dig inte för att be dem upprepa något de har sagt. Varför inte ta med en nära anhörig som kan hjälpa dig att komma ihåg och som kan vara ett stöd.

Om du använder dagboken varje dag kommer den att kunna vara till hjälp när du pratar med din läkare eller sjuksköterska om dina symtom.

Inför behandlingsstart kommer din läkare och eller sjuksköterska att gå igenom hur INLYTA fungerar, hur du ska ta din medicin, biverkningar som kan uppkomma och hur du kan hantera dessa. Ta noga del av informationen i bipacksedeln du hittar i förpackningen.

Mer information hittar du i patientinformationsbroschyren för INLYTA.

Dosering för INLYTA

Doseringen för INLYTA kan variera från person till person, så det är viktigt att komma ihåg att ta INLYTA enligt din läkares anvisning.

Din läkare kan behöva justera din dos beroende på hur du svarar på behandlingen och hur du mår av behandlingen.

Den rekommenderade startdosen för INLYTA är 5 mg två gånger dagligen. Tabletterna ska tas med ca 12 timmars mellanrum. Försök att ta INLYTA vid ungefär samma tid varje dag. Du kan ta INLYTA med eller utan mat.

Tabletterna ska sväljas hela. Krossa eller dela inte tabletterna eftersom det kan förändra upptaget i kroppen.

Undvik grapefrukt eller grapefruktjuice eftersom det förändrar den mängd INLYTA som kroppen kan ta upp.

För att hjälpa dig att komma ihåg att ta INLYTA kan du be din läkare att skriva ner ditt dos- och behandlingsschema här:

Dos: ☐ mg om dagen

Möjliga biverkningar som kan uppkomma

Följande är en lista över vanliga biverkningar som kan uppkomma vid behandling med INLYTA. Du kan använda din behandlingsdagbok för att skriva ner eventuella biverkningar.

- Andfåddhet
- Aptitlöshet
- Blåsor/utslag på händer/fötter
- Blödning
- Buksmärta
- Diarré
- Förstoppning
- Heshet (dysfoni)
- Hosta
- Huvudvärk
- Hypotyreos
- Högt blodtryck
- Illamående/kräkningar
- Proteinuri (äggvita i urinen)
- Smakförändringar (dysgeusi)
- Smärta i munnen/sår
- Smärta/svullnad i armar/ben
- Svaghet
- Tinnitus
- Trötthet
- Utslag eller annan hudförändring
- Viktminskning
- Yrsel

För att få hjälp med att hantera biverkningar, läs i din Patientinformationsbroschyr eller tala med din läkare eller sjuksköterska för råd kring biverkningshantering.

Min behandlingsdagbok

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
D D / M M	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Datum	Har du tagit din medicin?	Hur mår du rent allmänt?	Har du känt av några biverkningar? (Uppskatta på en skala från 1 till 4, där 1 är lindriga och 4 är svåra)
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	
DD/MM	Ja ☐ Nej ☐	☺ 😐 ☹	

Frågor och anteckningar om din behandlingsplan

Du kan använda det här utrymmet för att skriva ner eventuella frågor till din läkare, eller använd det till att skriva ner saker om din behandlingsplan.

Håll ordning på dina inbokade tider

Det kan ibland vara svårt att komma ihåg alla framtida inbokade tider.
Du kan underlätta detta genom skriva ner dina inbokade tider.

Vad är den här inbokade tiden för?	Till vem?	Var?	När: datum och klockslag

Vad är den här inbokade tiden för?	Till vem?	Var?	När: datum och klockslag

Kontaktuppgifter till mitt vårdteam:

Referens:
Informationen i detta material bygger på produktresumén för INLYTA som du hittar på www.fass.se.

Inlyta® (axitinib) dragerad tablett, 1 mg, 3 mg, 5 mg. **Läs informationen i läkemedlets bipacksedel.**
Inlyta® förskrivs av läkare och används för behandling av avancerad njurcancer (framskridet njurcellskarcinom) hos vuxna, när andra läkemedel (sunitinib eller cytokin) inte längre kan förhindra att sjukdomen förvärras. **Inlyta ska inte användas** om du är överkänslig mot axitinib eller mot något hjälpämne. **Tala med läkare eller sjuksköterska** innan du tar Inlyta om du har högt blodtryck, problem med sköldkörteln, nyligen har haft problem med blodproppar i vener eller artärer däribland stroke, hjärtinfarkt, emboli eller trombos, har problem med blödningar eller om du under behandlingen får svåra magsmärtor eller magsmärtor som inte vill ge med sig. Tala även med läkare om du ska opereras eller har ett sår som inte läkt, om du under behandling med detta läkemedel får symtom som huvudvärk, förvirring, krampanfall eller synförändringar med eller utan högt blodtryck, du har problem med levern eller om du under behandlingen får symptom som överdriven trötthet, svullen mage, svullna ben eller vrister, andfåddhet eller utstående halsvener. **Datum för senaste översyn av bipacksedeln juli 2021.**

PP-INL-SWE-0219, Jan-2022

Pfizer

Pfizer AB Vetenskapsvägen 10, 191 90 Sollentuna, Sweden | Tel 08-550 520 00 | www.pfizer.se