

OPDIVO MONOTERAPI

Patientinformation och behandlingsdagbok

Till dig som behandlas med
OPDIVO[®] (nivolumab)

OPDIVO[®]
(nivolumab)

Inledning

Det här är en broschyr avsedd som vägledning för dig som behandlas med OPDIVO. Här får du veta mer om läkemedlet och vad du kan vänta dig i samband med din behandling. Här beskrivs också symtomen på möjliga biverkningar som du bör vara vaktsam på samt vad du ska göra om du upplever dessa symtom.

För fullständig information, se bipacksedeln för OPDIVO på www.fass.se.

OPDIVO kan ges i kombination med andra läkemedel mot cancer. Det är viktigt att du också läser bipacksedeln för dessa läkemedel. Fråga din läkare om du har frågor om dessa läkemedel.

Om OPDIVO

Immunsystemet består av ett antal olika celler, inklusive T-celler, som är en del av kroppens naturliga försvar. T-cellerna hittar och förstör celler som kroppen anser främmande, såsom bakterier, virus och cancerceller.

Ibland kan dock cancerceller hitta sätt att gömma sig från, eller blockera, immunsystemets försvar. Det leder till att canceren kan växa och sprida sig.

OPDIVO hjälper till genom att stoppa cancercellernas blockering av immunsystemets T-celler. På så sätt aktiveras immunsystemet igen, vilket hjälper kroppen att bekämpa canceren.

Behandlingen med OPDIVO kan ge biverkningar, eftersom ditt immunsystem kan bli väldigt aktivt och börja attackera även friska celler i din kropp. Du kan läsa mer om biverkningar relaterade till behandlingen i denna broschyr under avsnittet "Biverkningar av behandlingen". Det är mycket viktigt att du genast hör av dig till din behandlande läkare eller sjuksköterska om du upplever symtom eller tecken på biverkningar.

Före behandling med OPDIVO

Före behandling kommer din läkare att kontrollera din allmänna hälsa. Du kommer också få ta **blodprover** under din behandling.

Före behandlingen kommer du och din läkare att gå igenom om:

- du har en **autoimmun sjukdom** (ett tillstånd där kroppen angriper sina egna celler)
- du har **melanom i ögat**
- du **tidigare** har fått YERVOY och fick **allvarliga biverkningar** av detta läkemedel
- din **cancer har spridit sig till hjärnan**
- du tidigare har haft **inflammation i lungorna**
- du tar eller nyligen har tagit andra **läkemedel**

Tala om för din läkare om du är eller tror du är gravid, om du planerar att skaffa barn eller om du ammar. **Det är viktigt att skydda sig mot graviditet.**

Hur OPDIVO ges

OPDIVO kommer att ges till dig via en infusion (dropp) till blodet.

Dagen du får behandling kan det hända att du upplever allmän sjukdomskänsla. Din behandlande läkare och sjuksköterska kan i så fall informera dig om hur detta kan behandlas.

Din läkare kommer fortsätta ge dig OPDIVO så länge som du har nytta av det eller tills du inte längre tolererar behandlingen. Det är din läkare som utvärderar behandlingen till exempel genom röntgen.

Om du missar en inbokad tid för behandling

Det är mycket viktigt att du kommer till dina inbokade besök för att få OPDIVO. Om du missar en behandling kommer din läkare att planera in när du ska få din nästa dos.

Biverkningar av behandlingen

Liksom alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar, men alla behöver inte få dem. OPDIVO påverkar ditt immunsystem och kan orsaka inflammation i delar av kroppen. Inflammation kan orsaka allvarlig skada på kroppen och vissa inflammatoriska tillstånd kan vara livshotande och behöva behandling, eller kräva att behandlingen med OPDIVO avbryts.

Det är mycket viktigt att biverkningar upptäcks tidigt, eftersom de då kan behandlas och därmed förhindra att tillståndet förvärras.

De allra flesta biverkningar relaterade till din behandling kan åtgärdas. Din läkare kan till exempel besluta att ge dig andra läkemedel för att minska symtomen och förhindra komplikationer, senarelägga nästa dos eller avsluta behandlingen. Tidiga åtgärder för att motverka biverkningar minskar risken för att behandlingen med OPDIVO behöver avbrytas. Det är viktigt att du hör av dig tidigt till din behandlande mottagning om du misstänker en biverkning eller inte mår bra.

Biverkningar av OPDIVO kan inträffa när som helst under behandlingen. Var uppmärksam då biverkningar även kan uppkomma veckor eller månader efter din sista dos.

Det är viktigt att du genast hör av dig till din behandlande mottagning om du misstänker en biverkning.

Biverkningar av behandlingen

Kontakta omedelbart sjukvårdspersonalen om du upplever tecken eller symtom som nämns i denna broschyr eller om du får andra biverkningar. Att få medicinsk behandling i tidigt skede kan förhindra att problemet blir allvarligt.

Försök inte behandla dina symtom med andra läkemedel på egen hand.



Bröstorg (hjärta och lungor): andningssvårigheter, hosta, väsende andning, bröstsmärta, oregelbunden hjärtrytm, hjärtklappning (ökad medvetenhet om dina hjärtslag)



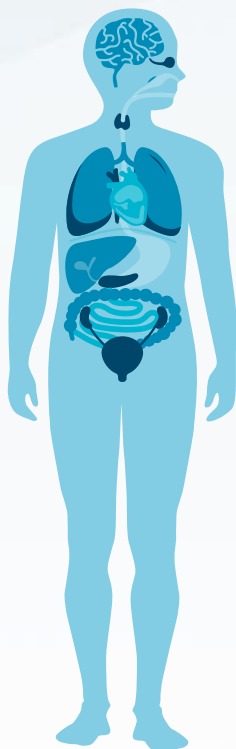
Lever: guldfärgade ögon eller hud (gulsot), smärta på höger sida av magtrakten



Njurar: förändring i mängd och/eller frekvens av urin



Övrigt: svaghet, extrem trötthet, minskad aptit, illamående, kräkning, stickningar eller domningar i armar och ben, svårigheter att gå, feber, svullna lymfkörtlar, huvudvärk, kramp-anfall, nackstelhet, förvirring, dåsighet, muskelsmärta, stelhet, mörk urin, smärta eller rodnad i ögat, dimsyn eller andra synproblem



Hormonproducerande körtlar (inklusive diabetes): huvudvärk, dimsyn eller dubbelseende, viktförändring, beteendeförändringar (t.ex. minskad sexlust, irritation eller glömska), överdriven törst, ökad aptit med viktörlust, svaghet, dåsighet, depression, irritation, allmän sjukdomskänsla,



Mage (magsäck och tarmar): diarré (vattnig, mjuk eller lös avföring), blod eller slem i avföringen, mörkfärgad avföring, smärta eller ömhet i mage eller buk



Hud: hudutslag med eller utan klåda, blåsor och/eller hudfjällning (potentiellt livshotande), sår, torr hud

För fullständig lista på biverkningar, se bipacksedeln för OPDIVO på www.fass.se

Ditt patientkort

Din läkare eller sjuksköterska kommer att ge dig ett patientkort i fickformat. Det innehåller viktig säkerhetsinformation som du behöver känna till innan, under och efter din behandling med OPDIVO. Det innehåller också information som all medicinsk personal behöver känna till om din behandling. Därför är det viktigt att du visar ditt patientkort för all sjukvårdspersonal som du är i kontakt med. Det gäller även vid dina besök på vårdcentral eller sjukhus.

Om du inte har fått ett patientkort eller om du har förlorat det, fråga din behandlande läkare eller sjuksköterska om ett nytt.

Bär alltid patientkortet med dig och visa upp det om du skulle behöva uppsöka en annan läkare, t.ex. om du är på semester. Det innehåller viktig information om symtom som kan behöva behandlas i samråd med din behandlande läkare.



Din behandlingsdagbok

BEHANDLING



















	...dagen			...dagen			...dagen		
	den	/	den	den	/	den	den	/	den
Har du värde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du utföra dina normala aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du släpkänd och/eller kluvs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du aptitlöshet eller känner dig mindre hungry än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är dina svettningar fler än normalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är din avföring lös eller vattnig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sett blod eller slem i din avföring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är din svettning svårare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått en ny hosta eller förvärrad hosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du andningsbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft blåsa, hudutslag, blåsor, sår eller tuffning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du konstant eller överlig huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känt dig extremt trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft försämringar i humör eller beteende såsom minskad beslut, instabilitet eller glömska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft domnig, smärta eller svaghet i musklerna eller svårigheter att gå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ont eller är stel/svullen i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft smärta och rodnad i ögat, synproblem eller dubbelsee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått nya besvär från hjärtat såsom avvikande/öjämna puls, hjärtklappning eller bröstsmärta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum för behandling: _____
 dagen den

Kontakta din behandlande mottagning omedelbart om du känner dig dålig under behandlingen så att de kan hjälpa dig.


















Den här dagboken är till för att göra det lättare för dig, din läkare och din sjuksköterska att tidigt upptäcka symtom på biverkningar som kan uppstå vid din behandling med OPDIVO. Om symtomen upptäcks tidigt kan de oftast behandlas och förhindra att biverkningen förvärras.

Ta dig tid att fylla i dagboken och ta med den vid varje besök hos din behandlande läkare eller sjuksköterska.

	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den /
Hur mår du?	  	  	  
Kan du utföra dina normala aktiviteter?	  	  	  
Är du illamående och/eller kräks?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du aptitförlust eller känner dig mindre hungrig än vanligt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är dina tarmtömningar fler än normalt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din avföring lös eller vattnig?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du sett blod eller slem i din avföring?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din tarmtömning smärtsam?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått en ny hosta eller förvärrad hosta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du andningssvårigheter?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft klåda, hudutslag, blåsor, sår eller hudfjällning?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du konstant eller ovanlig huvudvärk?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du känt dig extremt trött?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft förändringar i humör eller beteende såsom minskad sexlust, irritabilitet eller glömska?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft domningar, smärta eller svaghet i musklerna eller svårigheter att gå?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du ont eller är stel/svullen i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft smärta och rodnad i ögat, synproblem eller dimsyn?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått nya besvär från hjärtat såsom avvikande/ojämn puls, hjärklappning eller bröstsmärta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ



















Datum för behandling:dagen den /

Kontakta din behandlande mottagning omedelbart om du känner dig dålig under behandlingen så att de kan hjälpa dig.

	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den /
Hur mår du?	  	  	  
Kan du utföra dina normala aktiviteter?	  	  	  
Är du illamående och/eller kräks?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du aptitförlust eller känner dig mindre hungrig än vanligt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är dina tarmtömningar fler än normalt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din avföring lös eller vattnig?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du sett blod eller slem i din avföring?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din tarmtömning smärtsam?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått en ny hosta eller förvärrad hosta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du andningssvårigheter?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft klåda, hudutslag, blåsor, sår eller hudfjällning?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du konstant eller ovanlig huvudvärk?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du känt dig extremt trött?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft förändringar i humör eller beteende såsom minskad sexlust, irritabilitet eller glömska?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft domningar, smärta eller svaghet i musklerna eller svårigheter att gå?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du ont eller är stel/svullen i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft smärta och rodnad i ögat, synproblem eller dimsyn?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått nya besvär från hjärtat såsom avvikande/ojämn puls, hjärklappning eller bröstsmärta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ


















Datum för behandling:dagen den /

Kontakta din behandlande mottagning omedelbart om du känner dig dålig under behandlingen så att de kan hjälpa dig.

	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den /
Hur mår du?	  	  	  
Kan du utföra dina normala aktiviteter?	  	  	  
Är du illamående och/eller kräks?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du aptitförlust eller känner dig mindre hungrig än vanligt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är dina tarmtömningar fler än normalt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din avföring lös eller vattnig?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du sett blod eller slem i din avföring?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din tarmtömning smärtsam?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått en ny hosta eller förvärrad hosta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du andningssvårigheter?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft klåda, hudutslag, blåsor, sår eller hudfjällning?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du konstant eller ovanlig huvudvärk?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du känt dig extremt trött?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft förändringar i humör eller beteende såsom minskad sexlust, irritabilitet eller glömska?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft domningar, smärta eller svaghet i musklerna eller svårigheter att gå?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du ont eller är stel/svullen i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft smärta och rodnad i ögat, synproblem eller dimsyn?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått nya besvär från hjärtat såsom avvikande/ojämn puls, hjärklappning eller bröstsmärta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Datum för behandling:dagen den /

Kontakta din behandlande mottagning omedelbart om du känner dig dålig under behandlingen så att de kan hjälpa dig.

	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den ..... / .....	.....dagen den /
Hur mår du?	  	  	  
Kan du utföra dina normala aktiviteter?	  	  	  
Är du illamående och/eller kräks?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du aptitförlust eller känner dig mindre hungrig än vanligt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är dina tarmtömningar fler än normalt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din avföring lös eller vattnig?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du sett blod eller slem i din avföring?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är din tarmtömning smärtsam?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått en ny hosta eller förvärrad hosta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du andningssvårigheter?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft klåda, hudutslag, blåsor, sår eller hudfjällning?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du konstant eller ovanlig huvudvärk?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du känt dig extremt trött?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft förändringar i humör eller beteende såsom minskad sexlust, irritabilitet eller glömska?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft domningar, smärta eller svaghet i musklerna eller svårigheter att gå?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du ont eller är stel/svullen i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du haft smärta och rodnad i ögat, synproblem eller dimsyn?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du fått nya besvär från hjärtat såsom avvikande/ojämn puls, hjärklappning eller bröstsmärta?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Datum för behandling:dagen den /

Kontakta din behandlande mottagning omedelbart om du känner dig dålig under behandlingen så att de kan hjälpa dig.

**För ytterligare information om OPDIVO
eller OPDIVO i kombination med YERVOY,
besök webbsidan www.opdivopatient.se**

OPDIVO® är en immunterapi som används för att behandla vuxna med:

- framskridet melanom (en typ av hudcancer)
- melanom som fullständigt avlägsnats genom operation (behandling efter operation kallas adjuvant behandling)
- framskriden icke-småcellig lungcancer (en typ av lungcancer)
- lundsäckscancer (malignt pleuramesoteliom, en typ av cancer som påverkar vävnaden som omger lungorna)
- framskriden njurcellscancer
- Hodgkins lymfom
- framskriden huvud- och halscancer
- framskriden urotelcellscancer (urinblåse- och urinvägscancer)
- urotelcellscancer som fullständigt avlägsnats genom operation
- framskriden kolorektalcancer (tjocktarms- eller ändtarmscancer)
- framskriden esofagus cancer (matstrupscancer)
- esofagus cancer (matstrupscancer) eller cancer i gastroesofageala över-

gången (övergången mellan matstrupe och magsäck) (adjuvant behandling)

- framskriden magsäckscancer, cancer i gastroesofageala övergången (övergången mellan matstrupe och magsäck) eller esofagus cancer (matstrupscancer), samtliga av adenocarcinomtyp

Den verksamma substansen i Opdivo heter nivolumab.

Opdivo kan ges i kombination med Yervoy® vid framskridet melanom och lundsäckscancer.

Opdivo kan ges i kombination med Yervoy eller kemoterapi vid framskriden esofagus cancer.

Opdivo kan ges i kombination med Yervoy och kemoterapi vid framskriden icke-småcellig lungcancer.

Opdivo kan ges i kombination med Yervoy eller kabozantinib vid framskriden njurcellscancer.

Om du får läkemedel i kombination med Opdivo, är det viktigt att du också läser

bipacksedeln för dessa. Fråga din läkare om du har frågor om dessa läkemedel.

Använd inte Opdivo om du är allergisk mot nivolumab eller något annat innehållsämne i detta läkemedel.

Du får inte behandla biverkningar som är relaterade till Opdivo på egen hand utan du måste alltid kontakta din läkare. Observera att biverkningar kan uppkomma när som helst under behandlingen och ibland veckor eller månader efter din sista dos.

Styrka och förpackning: Opdivo är ett koncentrat till infusionsvätska i styrkan 10 mg/ml. Förpackningsstorleken är antingen 1 injektionsflaska à 4 ml, 1 injektionsflaska à 10 ml, 1 injektionsflaska à 12 ml eller 1 injektionsflaska à 24 ml.

Ytterligare information: För fullständig information om Opdivo, läs noga igenom bipacksedeln som medföljer förpackningen (den finns även på www.fass.se).

Bristol Myers Squibb
Tel: 08-704 71 00
www.bms.com/se
Version 11