

Thesaurus régional des protocoles
de chimiothérapie anticancéreuse
injectable réalisables en HAD

Thésaurus régional des protocoles de chimiothérapie anticancéreuse injectable réalisables en HAD

- Ce référentiel a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels regroupant le Réseau OncoNormandie (RON) et le groupe de travail cancérologie de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique Normandie (OMÉDIT)
- Ce document est une proposition d'organisation de l'activité de chimiothérapie anticancéreuse injectable qui convient d'adapter à chaque HAD, particulièrement concernant la réalisation du « feu vert médical » des protocoles de chimiothérapie.
- Le prescripteur se réserve le droit d'adapter la posologie et le rythme d'administration si l'état physiologique, la tolérance et/ou les traitements antérieurs reçus par le patient le justifient.
- Enfin, ce thésaurus est voué à évoluer au fur et à mesure du déploiement de cette activité en HAD en proposant, notamment d'intégrer de nouveaux protocoles de chimiothérapie.

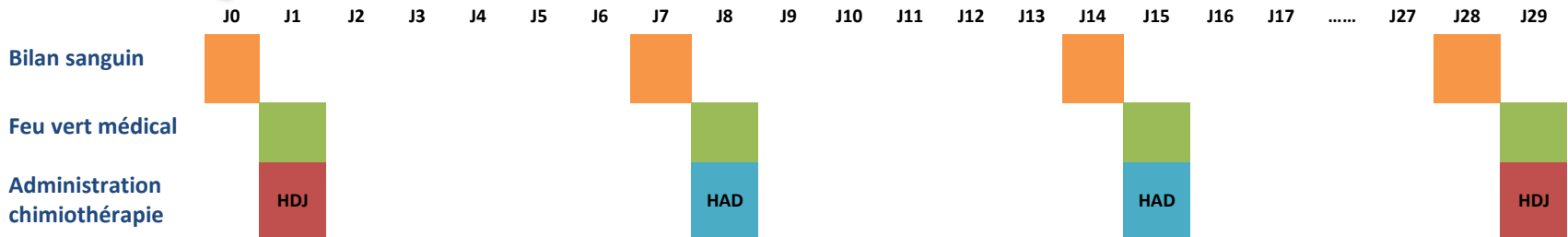
Ce référentiel a été élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire de professionnels issus du Réseau OncoNormandie (RON) et de l'OMÉDIT : Dr. Frédéric ABRAHAM, Dr. Nicolas ALBIN, Dr. Laurent BASTIT, Dr. Florence BASUYAU, Dr. Monique BLANVILLAIN, Dr. Anaïs BRETEAU, Dr. Bernard CHERU, Dr. Mikaël DAOUPHARS, Dr. Blandine DAVID, Mme Viviane DESSAINT (IDE), Dr Frédéric DI FIORE, Dr. Pascal GARNIER, Dr. Marie-Thérèse HILI, Dr. Sendil KALIMOUTTOU, Dr. Didier KAUFFMANN, Dr. Agnès KOLASINSKI, Mme Nathalie LARCHER (IDE), Dr. Marie LEFEBVRE-CAUSSIN, Dr Pierre LUCAS, Dr. Gilles MEYER, Dr. Doreya MONZAT, Dr Camille POUATY, Dr. Anne-Marie QUEUNIET, Dr. Caroline RISSELET, Dr. Sylvain CHANTEPIE, Dr. Nicole FRENKIEL, Dr. Edouard DANTOING, Dr. Julie TILLON-STROZYK, Dr. Fabienne DIVANON, Dr. Yann GONZALEZ, Dr. Sophie GOUERANT, Dr. Veronique NOYER, Dr. Nathalie CARDINAEL, Dr. Elisabeth LHERITIER, Dr. Sendil KALIMOUTTOU, Mme Emeline RAGUER-BRIAND (IDE)

Sommaire

- [Protocole Azacitidine \(Vidaza®\) – Hématologie](#)
- [Protocole Bortezomib \(Velcade®\) – Hématologie](#)
- [Protocole Cytarabine \(Aracytine®\) – Traitement d'entretien - Hématologie](#)
- [Protocole Gemcitabine – Cycle 1 – Gastro-entérologie \(pancréas\)](#)
- [Protocole Gemcitabine – Cycle >1 – Gastro-entérologie \(pancréas\)](#)
- [Protocole Gemcitabine – Monothérapie – Pneumologie \(CBNPC\)](#)
- [Protocole Topotécan \(Hycamtin®\) – Gynécologie \(ovaires\)](#)
- [Protocole Trastuzumab SC \(Herceptin®\) – Traitement d'entretien – Senologie](#)
- [Protocole Pertuzumab-Trastuzumab \(Phesgo®\) – Senologie](#)
- [Protocole Nivolumab \(Opdivo®\)](#)
- [Protocole Pembrolizumab \(Keytruda®\)](#)
- [Protocole Rituximab SC \(MabThera®\) – Hématologie](#)
- [Protocole Daratumumab SC \(Darzalex®\) – Hématologie](#)

Fiche d'aide à une bonne lecture du document

Schéma de suivi



Un code couleur a été défini pour chaque tâche :

- orange pour les bilans sanguins
- vert pour le feu vert médical
- rouge pour les administrations de la chimiothérapie en HDJ
- bleu pour les administrations de la chimiothérapie en HAD

Ce code couleur est repris pour tous les protocoles

Pour chaque protocole est repris :

1. Protocole de traitement :

Molécules avec la posologie, la voie d'administration et la durée d'administration
La périodicité et les jours d'administration de la chimiothérapie en HAD
Les spécificités du protocole le cas échéant

2. Bilan sanguin :

Les jours de réalisation du bilan sanguin et les dosages à réaliser

3. Bilan clinique :

Les jours de réalisation du bilan clinique et les paramètres cliniques à vérifier

4. Conditions du feu vert médical (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

Le professionnel de santé réalisant le feu vert médical

Les critères d'administration de la chimiothérapie à vérifier : s'aider de la fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie.

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

Pour certains protocoles UNIQUEMENT : les paramètres à vérifier sont ceux figurant sur la fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie et apparaissant sur fond orange

Fiche de validation de la chimiothérapie

Nom : Prénom : Date :

Protocole de chimiothérapie : Azacitidine (VIDAZA®) – HÉMATOLOGIE Cycle n° : J :

Etat général :		Données cliniques cycle précédent :		Performances status de l'OMS :	
• Score OMS (à J1, J8) :	0 1 2 3 4			OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation	
• Température (°C) :				OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète	
• Tension artérielle (mmHg) :				OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – altéré moins de 50% du temps	
• Poids (kg) (à J1) :				OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – altéré plus de 50% du temps	
				OMS 4 : dépendance totale – altéré en permanence	

Événements indésirables entre les cycles :			Actions :		
• Nausées, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures		<input type="checkbox"/> ttt prescrit		
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses		<input type="checkbox"/> ttt prescrit		
• Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> température > 40°C pendant plus de 24 heures		<input type="checkbox"/> ttt prescrit		

Critères de non-administration de la chimiothérapie :					
• GR < 3000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Hémoglobine < 8 g/dL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 5500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Créatininémie > 2 fois LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 75 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Urémie > 2 fois LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Bicarbonates sériques < 20 mmol/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• TA > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcérations de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

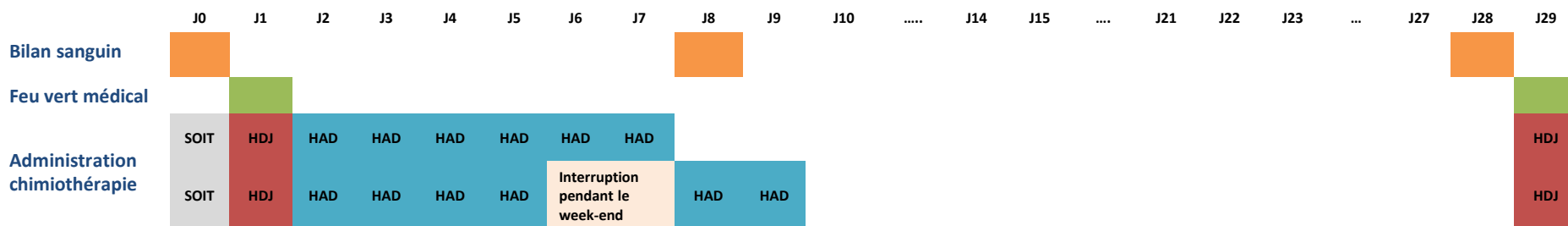
SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la chimiothérapie : Oui Non Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) : Signature de l'IDE :

PROTOCOLE AZACITIDINE (VIDAZA®) SOUS-CUTANE – HÉMATOLOGIE

Indication : En monothérapie dans le traitement des patients adultes non éligibles pour une greffe de cellules souches hématopoïétiques et présentant : un SMD (de risque intermédiaire 2 ou élevé), une LMMC ou une LAM < 30% blastes



1. Protocole de traitement

- Azacitidine : 75 mg/m², SC en injection directe lente pendant 2 minutes.
 - Réchauffer la seringue manuellement et remettre en suspension le médicament en roulant la seringue vigoureusement entre les mains
 - Ne pas purger l'aiguille afin de limiter la survenue de réactions locales
 - Les doses supérieures à 100 mg (= 4 mL) doivent être injectées dans 2 sites différents.
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l'oncologue (MINIMUM de 6 cycles)
- Périodicité : J1 = J29 (soit, durée d'un cycle = 28 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD (tous les J1 sont administrés en HDJ) : 2 possibilités en fonction des HAD :
 - **CnJ2, CnJ3, CnJ4, CnJ5, CnJ6 et CnJ7** (administration en continue sans interruption le week-end)
 - **CnJ2, CnJ3, CnJ4, CnJ5, CnJ8 et CnJ9** (interruption pendant le week-end)

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : **C1J0, CnJ8 et CnJ28**
 - NFS et plaquettes
 - Ionogramme (dosage des bicarbonates sériques)
 - Bilan des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)

3. Bilan clinique :

- Détermination du score OMS et pesée du patient à **CnJ1**
- Prise de la température AVANT chaque administration (au cours du traitement, prise de la température uniquement si le patient se sent fébrile et/ou frissonne)

4. Conditions du feu vert médical et du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le **médecin traitant**
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : en fonction des résultats de la NFS, il peut être nécessaire de décaler le cycle et de réduire les doses. Bicarbonates sériques ≥ 20 mmol/L, créatininémie < 2 fois la Limite Supérieure de la Normale (LSN) et urémie < 2 fois la LSN
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10% et tension artérielle (TA) ≤ 150/100 mmHg

Fiche validation de la chimiothérapie VIDAZA® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Site d'injection :

Heure d'administration :

Protocole de chimiothérapie : Azacitidine (VIDAZA®) – HÉMATOLOGIE

Cycle n° :

J :

Etat général :		Données cliniques cycle précédent :		Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	.....	.....
• Température (°C) :	.....	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....	.....	.....

Evénements indésirables entre les cycles :				Actions :		
• Nausée, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures	<input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures	<input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures	<input type="checkbox"/> ttt prescrit	
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale	<input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur	<input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations	<input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations	<input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C	<input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures	<input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures	<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

Paramètre	A adapter en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire	Bicarbonates sériques < 20 mmol/L	Créatininémie > 2 fois LSN	Urémie > 2 fois LSN	TA > 150/100 mmHg	Score OMS ≥ 3	Perte de poids ≥ 10%	Fièvre ≥ 38°C	Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale
• GB :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Hémoglobine :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui Non

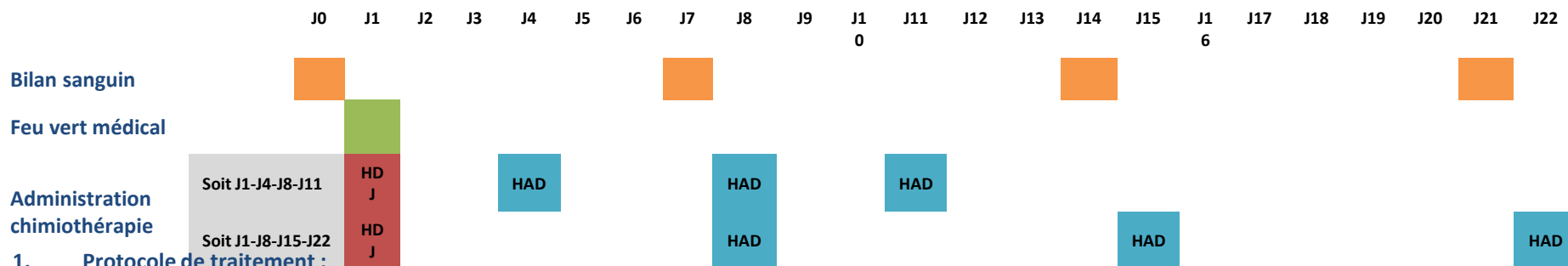
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE BORTEZOMIB (VELCADE®) SOUS-CUTANE – HÉMATOLOGIE

Indication : Myélome multiple (l'indication et la prescription de la cure de Bortezomib sont de la responsabilité de l'hématologue)



1. Protocole de traitement :

- Bortezomib : 1,3 mg/m² de surface corporelle, SC avec un angle de 45-90°
 - **Respecter un intervalle minimum de 72 heures entre 2 injections**
 - **Alterner le site d'injection entre l'abdomen (droit ou gauche) et les cuisses (gauche ou droite).**
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'hématologue
- Périodicité : selon protocole
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : **CnJ4, CnJ8 et CnJ11 ou CnJ8, CnJ15 et CnJ22**

2. Bilan sanguin :

- Détermination du taux de plaquettes AVANT chaque administration
- Réalisation d'un bilan sanguin HEBDOMADAIRE : **NFS, plaquettes et fonction rénale (créatinémie et clairance de la créatinine)**,
- Avant le début de chaque cure : **fonction hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)**

3. Bilan clinique :

- Détermination du **score OMS avant chaque administration**
- Prise de température avant chaque administration**
- Pesée du patient à CnJ1 UNIQUEMENT**
- Présence de douleurs neuropathiques ou neuropathie périphérique (sensation de brûlures, hyperesthésie, paresthésie, perte de sensibilité, crampes, fourmillements...) à **vérifier AVANT chaque administration**

4. Conditions du feu vert médical et du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par :** l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations en HDJ
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le médecin traitant
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : polynucléaires neutrophiles (PNN) $\geq 1000/\text{mm}^3$, plaquettes $\geq 70\ 000/\text{mm}^3$, créatinine $< 2,5$ LSN, bilirubine $< 2,5$ LSN
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3 , température $< 38^\circ\text{C}$, perte de poids $< 10\%$, neuropathies $< \text{grade } 2$, absence hypotension orthostatique

Fiche validation de la chimiothérapie VELCADE® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Bortezomib (VELCADE®) – HEMATOLOGIE

Cycle n° :

J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :		<p>Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence</p>
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	.....	.....
• Température (°C) :	.....	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....	.....	.....
• Douleurs neuropathiques/neuropathies périphériques	Grade :	<p>Sévérité de la neuropathie (données RCP) : Grade 1 asymptomatique : perte des réflexes ostéotendineux ou paresthésie sans douleur ou sans perte de fonction - Grade 1 avec douleur Grade 2 : symptômes modérés, limitant les activités instrumentales de la vie quotidienne (préparation des repas, utilisation du téléphone...) Grade 2 avec douleur Grade 3 : symptômes sévères, limitant l'autonomie (difficulté à faire sa toilette, à s'habiller tout seul, à se nourrir tout seul, etc) Grade 4 : conséquences sur le pronostic vital (intervention urgente indiquée) et/ou neuropathie autonome sévère</p>		

Événements indésirables entre les cycles :				Actions :
• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence Température > 40°C pendant moins de 24 heures	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24h	<input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24h <input type="checkbox"/> ≥ 6 épisodes par 24h		<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations	<input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses	<input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations	<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :					
• GB < 1000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Cl _{Cr} < 20 mL/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Bilirubine tot > 1,5 LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 30 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Douleurs neuropathiques/Neuropathies périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Hémoglobine < 6,5 g/dL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

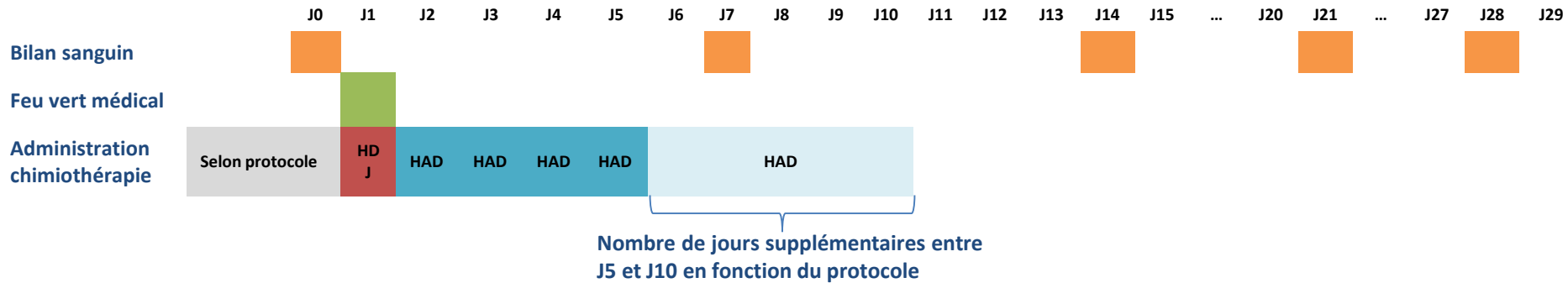
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE CYTARABINE (ARACYTINE®) SOUS-CUTANE – HÉMATOLOGIE

Indication : En monothérapie dans le traitement d'entretien des LAM ou des transformations aiguës de LMC et myélodysplasies



1. Protocole de traitement :

- Cytarabine : 20 mg/m², SC lente, pendant jours, en injection(s) par jour
 - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
 - **Alternier le site d'injection (à au moins 2,5 cm de l'ancien site) et jamais à des endroits où la peau est rouge, avec un bleu, sensible ou dure.**
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'hématologue (MINIMUM de 6 cycles)
- Périodicité : J1 = J29 (soit, durée d'un cycle = 28 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : **CnJ2, CnJ3, CnJ4, CnJ5, CnJ..., CnJ..., CnJ..., CnJ..., CnJ...** selon protocole

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin hebdomadaire : **C1J0, CnJ7, CnJ14, CnJ21 et CnJ28**
 - **NFS et plaquettes**
 - **Uricémie**
 - **Bilan des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)**

3. Bilan clinique :

- Détermination du **score OMS** à CnJ1 et CnJ9
- **Prise de température avant chaque administration**
- **Pesée du patient à CnJ1 UNIQUEMENT**

4. Conditions du feu vert médical et du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par** : l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations en HDJ
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le médecin traitant
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10%, tension artérielle (TA) ≤ 150/100 mmHg

Fiche validation de la chimiothérapie ARACYTINE® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Cytarabine (ARACYTINE®) – HEMATOLOGIE

Cycle n° :

J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :	Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Score OMS (à J1 et J9) :	0 1 2 3 4	.....
• Température (°C) :	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....	.....

Événements indésirables entre les cycles :				Actions :
• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24h <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24h <input type="checkbox"/> ≥ 6 épisodes par 24h			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Syndrome de la cytarabine	De type fièvre, douleurs osseuse et musculaire, douleurs thoraciques, éruption cutanée, nausées : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :			
• GB :	• A adapter en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10 % <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Uricémie ≥ 476 µmol/l ou > 25% par rapport à la valeur initiale		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération muqueuse buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

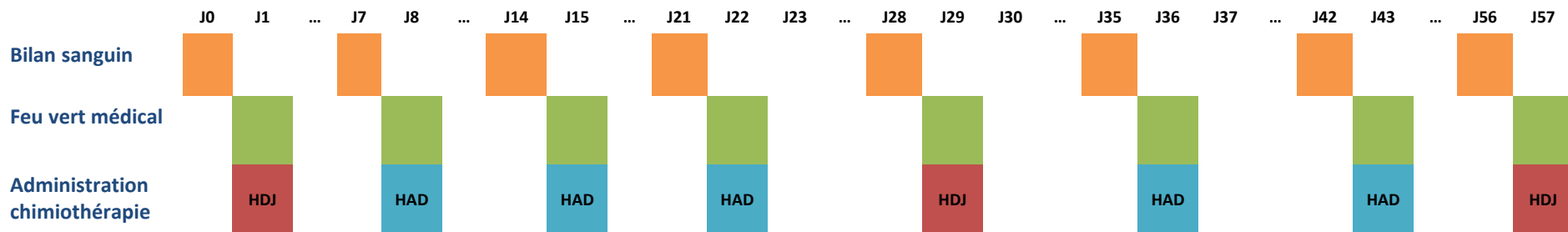
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE GEMCITABINE - Cycle 1 – GASTRO-ENTÉROLOGIE (Pancréas)

Indication : *En monothérapie dans le traitement des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique*



1. Protocole de traitement :

- Gemcitabine : 1000 mg/m², IV 30 minutes
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J57 (soit, durée d'un cycle = 56 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : C1J8, C1J15, C1J22, C1J36, C1J43

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : **C1J0, C1J7, C1J14, C1J21, C1J28, C1J35, C1J42 et C1J56**
- Le bilan sanguin doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Bilan MENSUEL des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)

3. Bilan clinique :

- Détermination du score OMS AVANT chaque administration
- Prise de la température AVANT chaque administration
 - Au cours du traitement, prise de la température uniquement si le patient se sent fébrile et/ou frissonne
- Pesée du patient à **C1J1, C1J29 et C1J57**

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le **médecin traitant**
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) $\geq 3000/\text{mm}^3$, Polynucléaires neutrophiles (PNN) $\geq 1500/\text{mm}^3$, Plaquettes $\geq 100\ 000/\text{mm}^3$
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3 , température $< 38^\circ\text{C}$, perte de poids $< 10\%$ et tension artérielle (TA) $\leq 150/100\ \text{mmHg}$

Fiche validation de la chimiothérapie GEMZAR®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Gemcitabine (GEMZAR®) – Monothérapie – GASTRO-ENTÉROLOGIE

Cycle n° : 1

J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :	Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Score OMS :	0 1 2 3 4	.....
• Température (°C) :	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....
• Poids (kg) (à J1, J29, J57) :	.....	.....

Événements indésirables entre les cycles :			Actions :
• Nausée, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures		<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

• GB < 3000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 1500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 100 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Inflammation de la chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

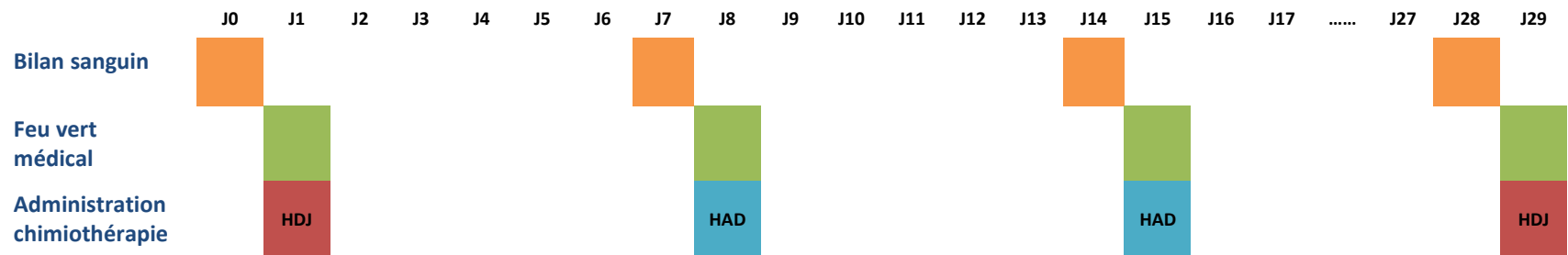
Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

PROTOCOLE GEMCITABINE - Cycle > 1 – GASTRO-ENTÉROLOGIE (Pancréas)

Indication : En monothérapie dans le traitement des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique



1. Protocole de traitement :

- Gemcitabine : 1000 mg/m², IV 30 minutes
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J29 (soit, durée d'un cycle = 28 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : CnJ8, CnJ15

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0, CnJ7, CnJ14 et CnJ28**
- Le bilan sanguin doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Bilan MENSUEL des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)

3. Bilan clinique :

- Détermination du score OMS AVANT chaque administration
- Prise de la température AVANT chaque administration
 - Au cours du traitement, prise de la température uniquement si le patient se sent fébrile et/ou frissonne
- Pesée du patient à **CnJ1 UNIQUEMENT**

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le **médecin traitant**
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) ≥ 3000/mm³, Polynucléaires neutrophiles (PNN) ≥ 1500/mm³, Plaquettes ≥ 100 000/mm³,
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10% et tension artérielle (TA) ≤ 150/100 mmHg

Fiche validation de la chimiothérapie GEMZAR®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Gemcitabine (GEMZAR®) – Monothérapie – GASTRO-ENTEROLOGIE

Cycle n° :

J :

Etat général :		Données cliniques cycle précédent :	<p>Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence</p>
• Score OMS :	0 1 2 3 4	.....
• Température (°C) :	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....	.....

Evénements indésirables entre les cycles :				Actions :
• Nausée, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures			<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :					
• GB < 3000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 1500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 100 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Inflammation de la chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

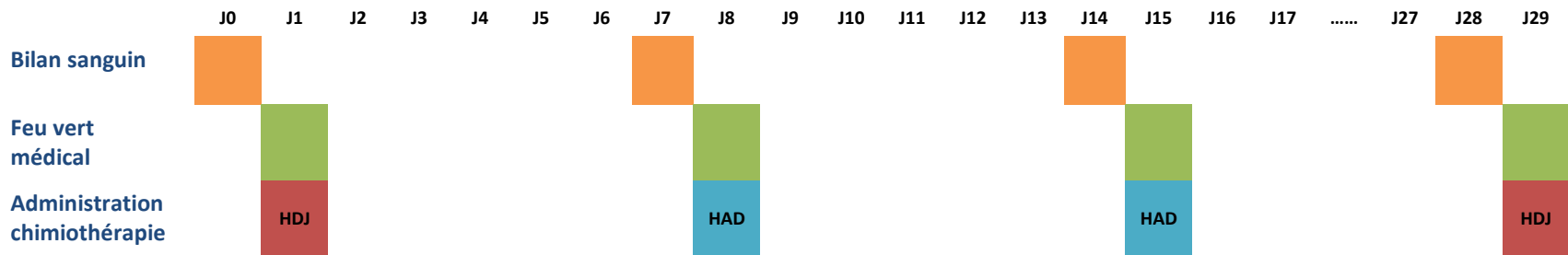
Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

PROTOCOLE GEMCITABINE - Monothérapie – PNEUMOLOGIE (CBNPC)

Indication : En monothérapie dans le traitement en 1^{ère} ligne des patients atteints de CBNPC localement avancé ou métastatique, chez les patients âgés ou chez ceux ayant un indice de performance de 2



1. Protocole de traitement :

- Gemcitabine : 1000 mg/m², IV 30 minutes
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J29 (soit, durée d'un cycle = 28 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : CnJ8, CnJ15

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0, CnJ7, CnJ14 et CnJ28**
- Le bilan sanguin doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Bilan MENSUEL des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)

3. Bilan clinique :

- Détermination du score OMS AVANT chaque administration
- Prise de la température AVANT chaque administration
 - Au cours du traitement, prise de la température uniquement si le patient se sent fébrile et/ou frissonne
- Pesée du patient à **CnJ1 UNIQUEMENT**

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le **médecin traitant**
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) $\geq 3000/\text{mm}^3$, Polynucléaires neutrophiles (PNN) $\geq 1500/\text{mm}^3$, Plaquettes $\geq 100\ 000/\text{mm}^3$
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3 , température $< 38^\circ\text{C}$, perte de poids $< 10\%$

Fiche validation de la chimiothérapie GEMZAR®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Gemcitabine (GEMZAR®) – Monothérapie – PNEUMOLOGIE

Cycle n° : J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :	<p>Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence</p>
• Score OMS :	0 1 2 3 4	.....
• Température (°C) :	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	

Événements indésirables entre les cycles :				Actions :
• Nausée, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures			<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :					
• GB < 3000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 1500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 100 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Inflammation de la chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la chimiothérapie : Oui Non **Commentaires :**

Signature du médecin (et cachet) :

PROTOCOLE TOPOTECAN (HYCAMTIN®) – GYNÉCOLOGIE (Ovaire)

Indication : En monothérapie dans le traitement du carcinome métastatique de l'ovaire après échec d'une 1^{ère} ou de plusieurs lignes de chimiothérapie



1. Protocole de traitement :

- Topotécan : 1,5 mg/m², IV 30 minutes
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d'un cycle = 21 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : CnJ2, CnJ3, CnJ4 et CnJ5

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : le jour précédent **J1** de l'administration de la chimiothérapie
- Le bilan sanguin doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Bilan des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)

3. Bilan clinique :

- Détermination du score OMS à **CnJ1 UNIQUEMENT**
- Prise de la température AVANT chaque administration
 - Au cours du traitement, prise de la température uniquement si le patient se sent fébrile et/ou frissonne
- Pesée du patient à **CnJ1 UNIQUEMENT**

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent**
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) ≥ 3000/mm³, Polynucléaires neutrophiles (PNN) ≥ 1500/mm³, Plaquettes ≥ 100 000/mm³, hémoglobine ≥ 9 g/dL, Clairance de la créatinine (Cl_{Cr}) ≥ 20 mL/min, bilirubine totale < 10 mg/dL
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10%

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD

Fiche validation de la chimiothérapie HYCAMTIN®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Topotécan (HYCAMTIN®) – GYNÉCOLOGIE

Cycle n° :

J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :		Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	.....	.....
• Température (°C) :	.....	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....	.....	.....

Événements indésirables entre les cycles :				Actions :
• Nausée, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures			<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

• GB < 3000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Cl _{Cr} < 20 mL/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• TA > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 1500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• 20 mL/min ≤ Cl _{Cr} < 40 mL/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 100 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Bilirubine tot. ≥ 10 mg/dL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Hémoglobine < 9g/dL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Inflammation de la chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

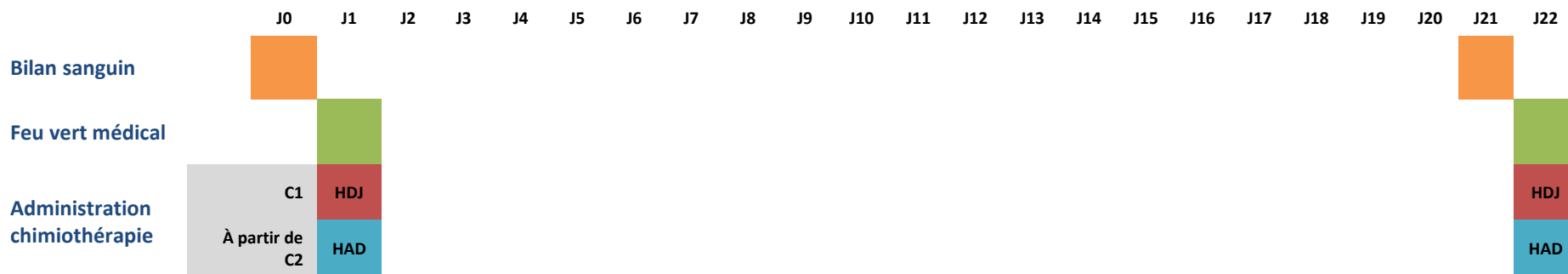
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) SOUS-CUTANÉ – Traitement d’entretien - SÉNOLOGIE

Indication : Cancer du sein précoce en adjuvant HER2 positif



1. Protocole de traitement :

- Trastuzumab : 600 mg, SC 2-5 minutes. **Solution prête à l’emploi (vérifier le flaconnage : 600 mg sous-cutané)**. À conserver **entre 2 et 8°C**.
 - **Ne pas purger l’aiguille** afin de réduire l’incidence des réactions locales.
 - **Alterner le site d’injection** entre la **cuisse gauche et droite**.
 - Injections à réaliser à **au moins 2,5 cm de l’ancien site** et **jamais à des endroits où la peau est rouge, avec un bleu, sensible ou dure**.
 - **Ne pas injecter plus de 0,5 mL la 1^{ère} minute** pour permettre à la hyaluronidase d’agir (améliore l’absorption cutanée du trastuzumab).
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l’oncologue (pendant 12 mois ou plus)
- Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d’un cycle = 21 jours)
- Jours d’administration de la chimiothérapie en HAD : **à partir de C2** (tolérance évaluée en HDJ à C1 et lors des consultations avec l’oncologue)

2. Bilan sanguin :

- Le **bilan sanguin est facultatif** en fonction de la situation clinique et des traitements associés
- **Si nécessaire**, réalisation d’un bilan sanguin : **CnJ0**

3. Bilan clinique :

- Avis cardiologique avant le début du traitement
- **ECG et échographie cardiaque : avant l’instauration du traitement (communiqué par l’établissement)** puis tous les 3 mois (par cardiologue de ville, filière Picaro par ex.)

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l’administration de la chimiothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par : l’oncologue référent de l’établissement** pour les administrations **en HDJ**
le **médecin coordonnateur de l’HAD** en lien avec le **médecin traitant** – prescription sécurisée (via plateforme par ex.)
- Critères d’administration de la chimiothérapie : score OMS < 2 et si >2 entretien à prévoir avec le médecin, température < 38°C

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l’administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l’état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance pendant 6 heures après la 1^{ère} administration en HDJ, et 2 heures les injections suivantes

Fiche validation de la chimiothérapie HERCEPTIN® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Trastuzumab (HERCEPTIN®) – traitement d’entretien – SÉNOLOGIE

Cycle n° :

J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :	
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	
• FEVG :	
• Température (°C) :	
• Tension artérielle (mmHg) :	
• Poids (kg) (à J1) :	

Événements indésirables entre les cycles :			Actions :
• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures		<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Réactions locales aux points d'injection	De type douleur articulaire ou musculaire : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :			
• Score OMS ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Perte de poids ≥ 10 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• FEVG (fraction d'éjection ventriculaire gauche) diminution de ≥ 10 points ET <50 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

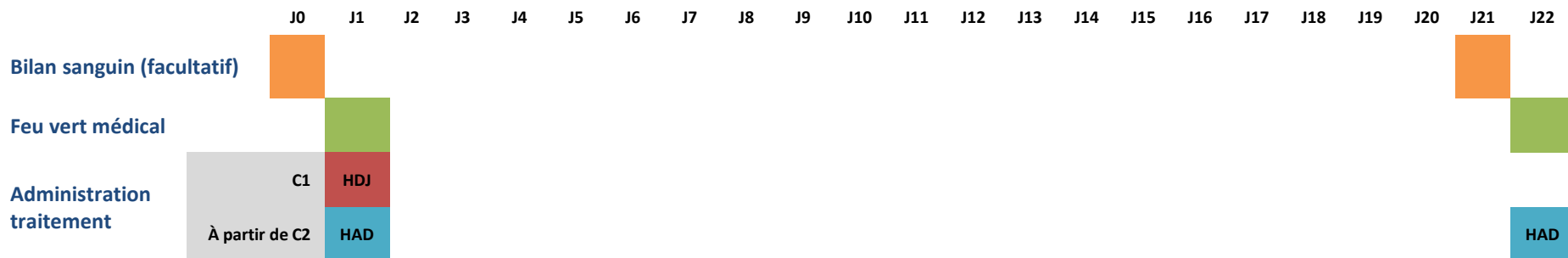
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE TRASTUZUMAB-PERTUZUMAB (PHESGO®) SOUS-CUTANÉ – SÉNOLOGIE

Indications : Cancer du sein HER2 positif précoce ou métastatique



1. Protocole de traitement :

- Trastuzumab - Pertuzumab : 600 mg/600 mg, SC, 5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 600 mg/600 mg sous-cutané).** À conserver **entre 2 et 8°C.**
 - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
 - **Alterner le site d'injection** entre la **cuisse gauche et droite.**
 - Injections à réaliser **à au moins 2,5 cm de l'ancien site** et **jamais à des endroits où la peau est rouge, avec un bleu, sensible ou dure.**
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d'un cycle = 21 jours)
- Jours d'administration du traitement en HAD : **à partir de C2** (dose de charge et tolérance évaluées en HDJ à C1 et lors des consultations avec l'oncologue)

2. Bilan sanguin :

- Le **bilan sanguin est facultatif** en **fonction de la situation clinique** et des **traitements associés**
- **Si nécessaire**, réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0**

3. Bilan clinique :

- Avis cardiologique avant le début du traitement (par cardiologue de ville, filière Picaro par ex.)
- **Echographie cardiaque ou fraction d'éjection isotopique : avant l'instauration du traitement puis trimestriellement**
- **ECG : avant l'instauration du traitement** puis à intervalles réguliers (généralement tous les trimestres)

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration du traitement) :

- **Feu vert médical réalisé par :** l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations **en HDJ**
le **médecin coordonnateur de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant** – prescription sécurisée (via plateforme par ex.)

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration du traitement) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance pendant 15 minutes après la fin de l'administration de la dose d'entretien

Fiche validation de la thérapie ciblée PHESGO® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de traitement : Trastuzumab - Pertuzumab (PHESGO®) – SÉNOLOGIE

Cycle n° :

J :

État général :

• Score OMS (à J1) : 0 1 2 3 4
 • FEVG :
 • Température (°C) : (facultatif)
 • Tension artérielle (mmHg) : (facultatif)
 • Poids (kg) (à J1) :

Données cliniques cycle précédent :

.....

Performans status de l'OMS :

OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation
 OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète
 OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps
 OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps
 OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence

Événements indésirables entre les cycles :

• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures	Actions : <input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Réactions locales aux points d'injection	De type fièvre, frissons, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la thérapie ciblée :

• Score OMS ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Diarrhées sévères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Perte de poids ≥ 10 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• FEVG (fraction d'éjection ventriculaire gauche) récente < 3-4 mois : diminution de ≥ 10 points ET <50 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre(s) :	

SI UN OUI EST COCHÉ, LE TRAITEMENT NE SERA PAS ADMINISTRÉ SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la thérapie ciblée :

Oui

Non

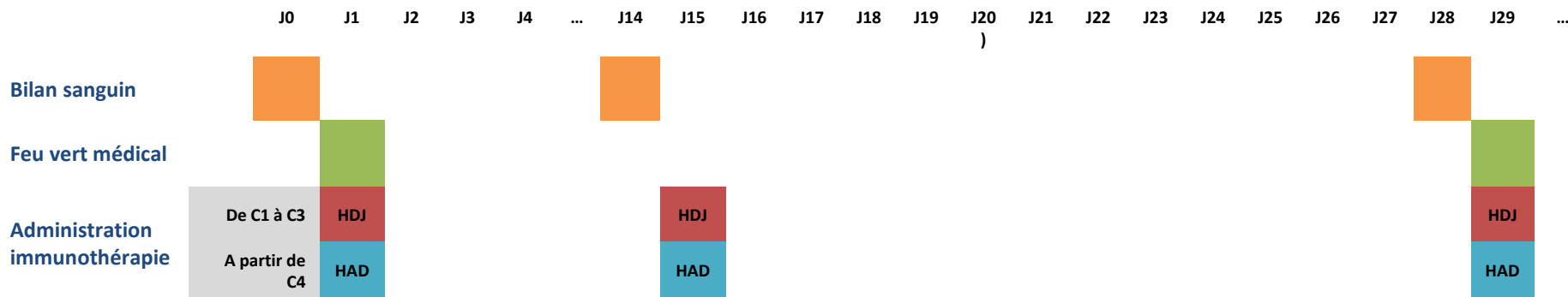
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE NIVOLUMAB (OPDIVO®)

Indications : l'indication et la prescription de la cure de Nivolumab sont de la responsabilité de l'oncologue



1. Protocole de traitement :

- Nivolumab : **240 mg toutes les 2 semaines** en perfusion IV de 30 minutes
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : Cycle de 14 jours (J1 = J15)
- Jours d'administration de l'immunothérapie en HAD à partir de C4 selon le choix de l'oncologue : CnJ1, CnJ15 et CnJ29

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un ionogramme complet,
 - NFS et plaquettes
 - Bilan rénale (créatininémie)
 - Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine, albumine)
 - Glycémie,
 - Fonction thyroïdienne (TSH, T4L), cortisol à 8h
- Toutes les 2 semaines
- Tous les mois

3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire à l'initiation du traitement puis surveillance régulière
- Surveillance des effets indésirables d'origine immunologique

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de l'immunothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations en HDJ
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le médecin traitant

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de l'immunothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance du patient pendant au moins 15 min après l'injection
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

Fiche validation de l'immunothérapie OPDIVO®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de traitement : Nivolumab (OPDIVO®) –

Cycle n° : J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :	Performans status de l'OMS :
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Température (°C) :	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....
• Fréquence respiratoire :	.....	.....

Événements indésirables d'origine immunologique entre les cycles :

• Pneumopathie	De type essoufflement, toux, dyspnée, douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
• Diarrhées/Colite	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> < 3 selles liquides par jour de plus qu'avant le début de traitement <input type="checkbox"/> entre 4 et 6 selles liquides de plus qu'avant le début de traitement ou douleurs abdominales, ou présence de sang dans les selles, ou nausées ou symptômes nocturnes <input type="checkbox"/> > 6 selles liquides par jour de plus qu'avant le début de traitement, ou apparition des symptômes dans l'heure qui suit les repas		
• Hépatite	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT < 3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT entre 3 et 5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT entre 3 et 20 <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 20 N		
• Néphrite et dysfonction rénale	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Créatinine > 1,5 fois à la valeur de base ou > 1,5 fois à la limite supérieur <input type="checkbox"/> Créatinine > 1,5-3 fois à la valeur de base ou > 1,5-3 fois la limite supérieur <input type="checkbox"/> Créatinine > 3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieur		
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie (prise de poids, constipation, dépression ...) ou hyperthyroïdie (irritabilité, anxiété, perte de poids, ...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	De type hypophysite symptomatique (maux de tête, vision double, ...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	De type insuffisance surrénalienne (douleurs abdominales, hypotension, ...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence
• Effets cutanés	De type éruption cutanée, rougeurs, démangeaisons, peau sèche, ... <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
• Myocardite	De type douleur thoracique ou dyspnée <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		

Critères de non-administration de l'immunothérapie :

• Effets indésirables de grade ≥ 2 • Précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Effets indésirables de grade 2 ou 3 persistants • Précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SI UN OUI EST COCHÉ, LE TRAITEMENT NE SERA PAS ADMINISTRÉ SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de l'immunothérapie : Oui Non

Commentaires :

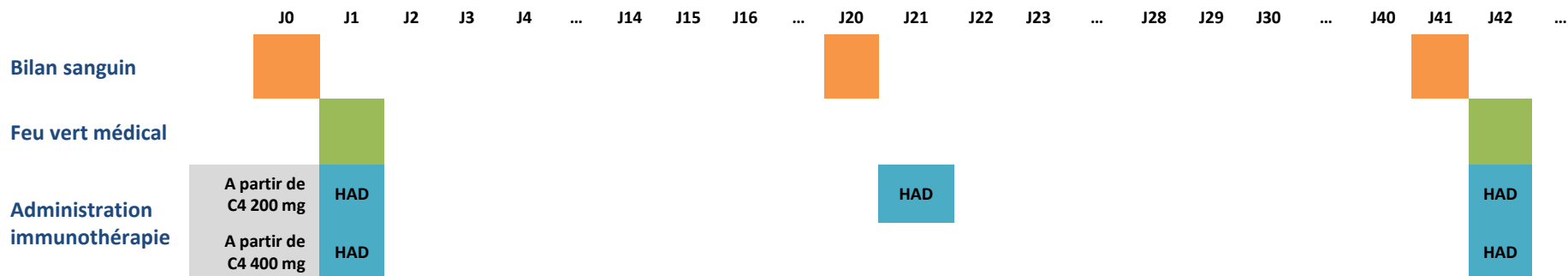
Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

Version du 26 septembre 2022

PROTOCOLE PEMBROLIZUMAB (KEYTRUDA®)

Indications : l'indication et la prescription de la cure de Pembrolizumab sont de la responsabilité de l'oncologue



1. Protocole de traitement :

- Pembrolizumab : **200 mg toutes les 3 semaines ou 400 mg toutes les 6 semaines** en perfusion **IV de 30 minutes**
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : Cycle de 21 jours (J1 = J21) ou cycle de 42 jours (J1 = J42)
- Jours d'administration de l'immunothérapie en HAD **à partir de C4 selon le choix de l'oncologue** : CnJ1, CnJ21 et CnJ42 (cycles de 21 jours) ou CnJ1 et CnJ42 (cycles de 42 jours)

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un ionogramme complet,
 - NFS et plaquettes
 - Bilan rénale (créatininémie)
 - Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine, albumine)
 - Glycémie,
 - Fonction thyroïdienne (TSH, T4L), cortisol à 8h
- Toutes les 3 semaines

3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire à l'initiation du traitement puis surveillance régulière
- Surveillance des effets indésirables d'origine immunologique

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de l'immunothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par :** l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations en HDJ
le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec le médecin traitant

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de l'immunothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance du patient pendant au moins 15 min après l'injection
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

Fiche validation de l'immunothérapie KEYTRUDA®

Nom : Prénom : Date :

Protocole de traitement : Pembrolizumab (KEYTRUDA®) – Cycle n° : J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :		Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	.....	.....
• Température (°C) :	.....	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....	.....
• Fréquence respiratoire :	

Événements indésirables d'origine immunologique entre les cycles :

• Pneumopathie	De type essoufflement, toux, dyspnée, douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			
• Diarrhées/Colite	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> < 3 selles liquides par jour de plus qu'avant le début de traitement <input type="checkbox"/> entre 4 et 6 selles liquides de plus qu'avant le début de traitement ou douleurs abdominales, ou présence de sang dans les selles, ou nausées ou symptômes nocturnes <input type="checkbox"/> > 6 selles liquides par jour de plus qu'avant le début de traitement, ou apparition des symptômes dans l'heure qui suit les repas			
• Hépatite	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT < 3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT entre 3 et 5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT entre 3 et 20 <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 20 N			
• Néphrite et dysfonction rénale	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Créatinine > 1,5 fois à la valeur de base ou > 1,5 fois à la limite supérieur <input type="checkbox"/> Créatinine > 1,5-3 fois à la valeur de base ou > 1,5-3 fois la limite supérieur <input type="checkbox"/> Créatinine > 3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieur			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie (prise de poids, constipation, dépression ...) ou hyperthyroïdie (irritabilité, anxiété, perte de poids, ...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	De type hypophysite symptomatique (maux de tête, vision double, ...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	De type insuffisance surrénalienne (douleurs abdominales, hypotension, ...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	De type diabète (polyurie, polydipsie) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence
• Effets cutanés	De type éruption cutanée, rougeurs, démangeaisons, peau sèche, ... <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			
• Myocardite	De type douleur thoracique ou dyspnée <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			

Critères de non-administration de l'immunothérapie :

• Effets indésirables de grade ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Effets indésirables de grade 2 ou 3 persistants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précisez :			
• Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

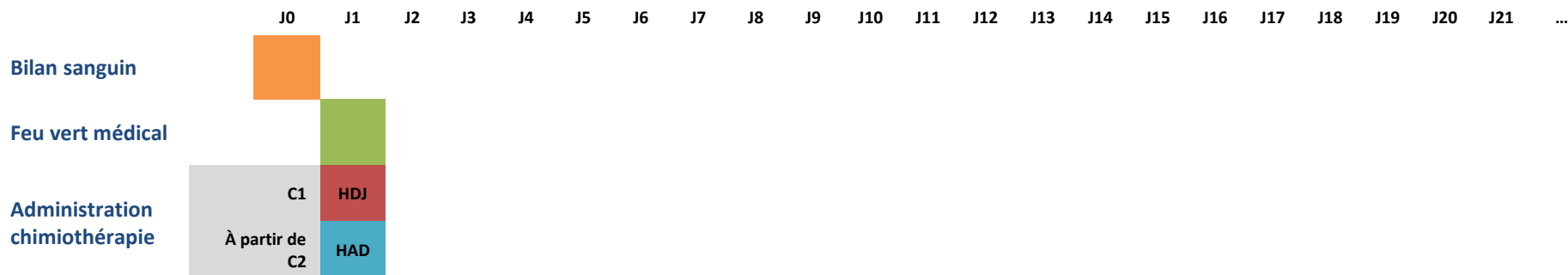
SI UN OUI EST COCHÉ, LE TRAITEMENT NE SERA PAS ADMINISTRÉ SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de l'immunothérapie : Oui Non Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) : Signature de l'IDE :

PROTOCOLE RITUXIMAB (MABTHERA®) SOUS-CUTANÉ – HEMATOLOGIE

Indication : *Lymphome non hodgkinien (LNH) uniquement (lymphome folliculaire en 1^{ère} ligne ou en 2^{ème} ligne ou LNH agressif diffus à grandes cellules B)*



1. Protocole de traitement :

- Rituximab : 1400 mg, SC 5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 1400 mg sous-cutané).** À conserver entre **2 et 8°C**.
 - **Injection dans la paroi abdominale en alternant les sites d'injection**
 - **Ne pas injecter dans les zones cutanées présentant rougeur, hématome, douleur à la palpation, induration, grains de beauté ou cicatrices**
- Traitement associé : antipyrétique, antihistaminique et glucocorticoïdes (sauf contre-indication) avant chaque administration de Rituximab
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : en fonction de l'indication (à J1 du cycle de chimiothérapie ou tous les 2 mois)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : **à partir de C2** (les patients doivent toujours recevoir une dose complète par perfusion intraveineuse lors de leur première administration)

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'une NFS incluant une numération des neutrophiles et des plaquettes avant chaque administration de Rituximab et régulièrement jusqu'à 6 mois après l'arrêt, ainsi que devant des signes ou des symptômes d'infection

3. Bilan clinique :

- Surveillance cardiaque si antécédents de pathologies cardiaques et/ou chimiothérapie cardiotoxique

4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par : l'oncologue référent de l'établissement** pour les administrations **en HDJ**
le **médecin coordonnateur de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant**

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance du patient pendant au moins 15 min après l'injection
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

Fiche validation de la chimiothérapie MABTHERA® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Rituximab (MABTHERA®) –

Cycle n° :

J :

État général :		Données cliniques cycle précédent :	Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	.....
• Température (°C) :	.....	.....
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....	.....

Événements indésirables entre les cycles :

• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence pendant moins de 24 heures	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures	<input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C
• Réactions liées à l'administration	De type douleur, gonflement, induration, érythème, hémorragie, prurit et éruption cutanée		
	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
• Troubles cardiaques	De type angine de poitrine, arythmie, insuffisance cardiaque ou infarctus du myocarde		
	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
• Réaction allergique	De type difficultés respiratoires, gonflement de la langue ou de la gorge, vomissements ou palpitations		
	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

• Troubles hématologiques (PNN < 1,5G/L et/ou plaquettes < 75 G/L)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Infection sévère évolutive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Réactions cutanées sévères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre :	

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

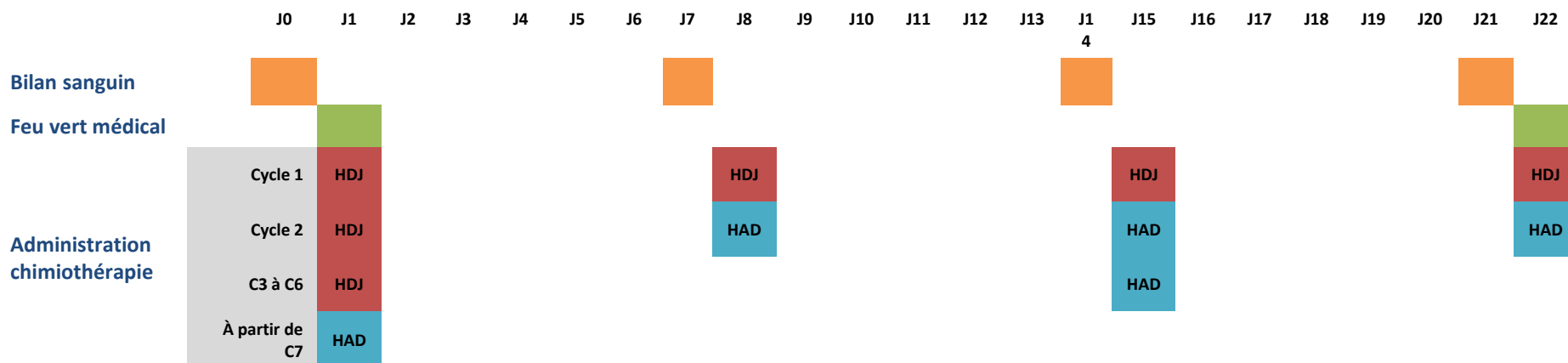
Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :

PROTOCOLE DARATUMUMAB (DARZALEX®) SOUS-CUTANÉ – HEMATOLOGIE

Indication : Myélome multiple (l'indication et la prescription de la cure de Daratumumab sont de la responsabilité de l'oncologue)



1. Protocole de traitement :

- Daratumumab : 1800 mg, SC 3-5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 1800 mg sous-cutané)**. À conserver **entre 2 et 8°C**.
 - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
 - Injections à réaliser dans l'abdomen à **au moins 7,5 cm à droite ou à gauche du nombril**
 - **Alterner le site d'injection et jamais à des endroits où la peau est rouge, avec un bleu, sensible ou dure.**
- Traitements associés : prémédication par corticoïde, antihistaminique, antipyrétique et Montélukast (jusqu'à la 9^{ème} injection), 1 à 3h avant le Daratumumab
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : selon protocole
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : **C2J8, C2J15, C2J22, C3J15, C4J15, C5J15, C6J15, C7J1, CnJ1, ...**

2. Bilan sanguin :

- La numération de la formule sanguine et les plaquettes doivent être surveillés régulièrement en **fonction de la situation clinique** et des **traitements associés**

3. Bilan clinique :

- Détermination du **score OMS** et **pesée du patient** à **CnJ1 UNIQUEMENT**
- **Prise de température** avant chaque administration

4. Conditions du feu vert médical et du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par :** l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations **en HDJ**
le **médecin coordonnateur de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant**
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD

Fiche validation de la chimiothérapie DARZALEX® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Daratumumab (DARZALEX®) – HEMATOLOGIE

Cycle n° :

J :

État général :

• Score OMS (à J1) :

0 1 2 3 4

• Température (°C) :

.....

• Tension artérielle (mmHg) :

.....

• Poids (kg) (à J1) :

.....

Données cliniques cycle précédent :

.....

.....

.....

.....

Performans status de l'OMS :

OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation

OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète

OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps

OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps

OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence

Événements indésirables entre les cycles :

Actions :

• Fièvre ou épisode infectieux

Absence

Température comprise entre 38°C et 39°C

Température comprise entre 39°C et 40°C

Température > 40°C pendant moins de 24 heures

Température > 40°C pendant plus de 24 heures

ttt prescrit

• Réactions liées à l'injection

De type fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, hypotension, toux

Absence

Présence

ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

• Score OMS ≥ 2

Oui

Non

• Tension artérielle > 150/100 mmHg

Oui

Non

• Perte de poids ≥ 10 %

Oui

Non

• Fièvre ≥ 38°C

Oui

Non

• Neutropénie/Thrombopénie

Oui

Non

• Autre(s) :

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :