



Thesaurus régional des protocoles  
de thérapies anticancéreuses  
injectables réalisables en HAD

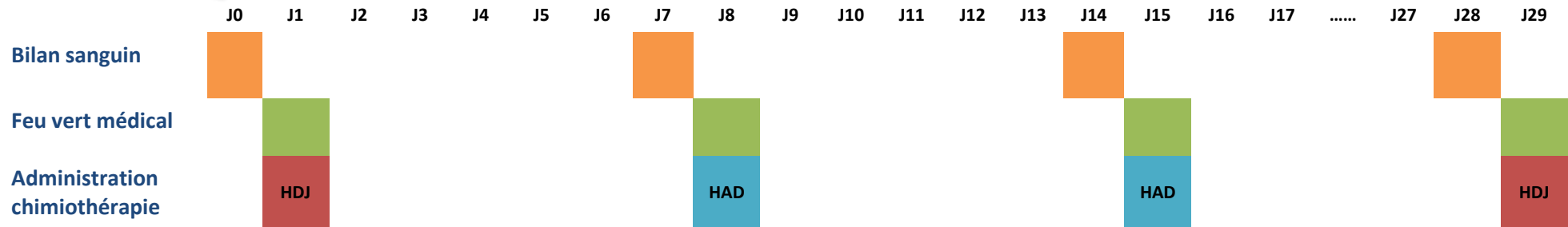
# Thesaurus régional des protocoles de thérapies anticancéreuses injectables réalisables en HAD

- Ce thesaurus a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels regroupant OncoNormandie et un groupe de travail de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique Normandie (OMÉDIT)
- Pour chaque protocole se trouve une présentation du protocole (bilan clinique, bilan biologique, ...) et une fiche de validation de l'administration de l'anticancéreux. Une fiche d'aide à la compréhension des protocoles est disponible à la [page suivante](#).
- L'utilisation des protocoles proposés est à adapter selon [l'organisation définie entre l'établissement adresseur et l'HAD](#), particulièrement concernant la réalisation du « feu vert médical » et le remplissage de la fiche de validation de l'administration
- Le prescripteur se réserve le droit d'adapter les protocoles si l'état physiologique, la tolérance et/ou les traitements antérieurs reçus par le patient le justifient.
- Enfin, ce thesaurus est voué à évoluer au fur et à mesure du déploiement de cette activité en HAD en proposant, notamment d'intégrer de nouveaux protocoles d'anticancéreux.

Ce référentiel a été élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire de professionnels issus d'OncoNormandie 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, Mme Emeline RAGUER-BRIAND (IDE), Mme Clémence LACULLE (IDE), Ombeline GAUTIER (IDE), Dr. Audrey FAVEYRIAL, Dr. Jean ROUVET

# Fiche d'aide à la compréhension

## 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 l'anticancéreux en HDJ
- bleu pour les administrations de l'anticancéreux 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/immunothérapie 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 l'anticancéreux) :

Le professionnel de santé réalisant le feu vert médical  
Les critères d'administration de la chimiothérapie/immunothérapie 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 l'anticancéreux) :

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

## Fiche de validation de l'anticancéreux

Nom : ..... Prénom : ..... Date : .....

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

Etat général :		Données cliniques cycle précédent :		Performans status de l'OMS :	
• Score OMS (à J1, J8) :	0 1 2 3 4			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 – allé moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – allé plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – allé en permanence	
• Température (°C) :	.....				
• Tension artérielle (mmHg) :	.....				
• Poids (kg) (à J1) :	.....				

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/douloureuse <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douloureuse/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 <sup>3</sup>	<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 < 1500/mm <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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/ulcération 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 : .....

# SOMMAIRE (1/2)

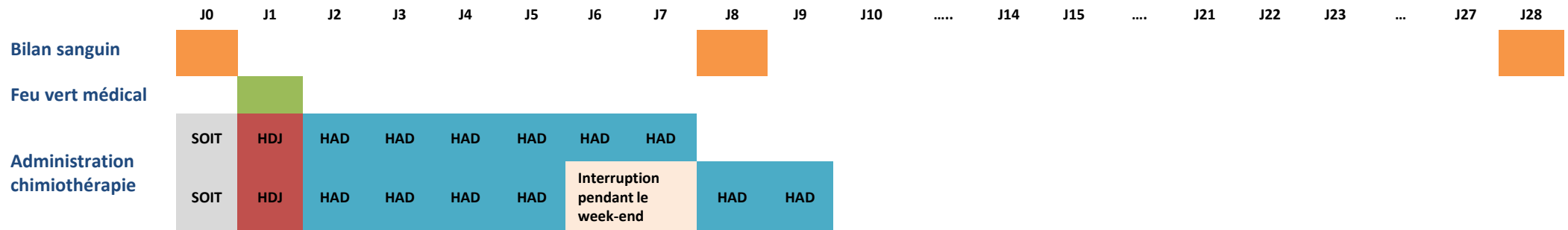
- [Azacitidine \(Vidaza®\) – Hématologie](#)
- [Bortezomib \(Velcade®\) – Hématologie](#)
- [Cytarabine \(Aracytine®\) – Traitement d'entretien - Hématologie](#)
- [Gemcitabine – Cycle 1 – Gastro-entérologie \(pancréas\)](#)
- [Gemcitabine – Cycle >1 – Gastro-entérologie \(pancréas\)](#)
- [Gemcitabine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

# SOMMAIRE (2/2)

- [Carfilzomib \(Kyprolis®\) Kd – Hématologie](#)
- [Carfilzomib \(Kyprolis®\) KRd – Hématologie](#)
- [Carfilzomib \(Kyprolis®\) KDd – Hématologie](#)
- [Atezolizumab SC \(Tecentriq®\)](#)
- [Atezolizumab IV \(Tecentriq®\)](#)

# 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/m<sup>2</sup>, 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 prévu : 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 praticien 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 : .....	
<b>Protocole de chimiothérapie : Azacitidine (VIDAZA®) – HÉMATOLOGIE</b>	Cycle n° : .....	J : .....

<b>Etat général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>
• Score OMS (à J1) : 0 1 2 3 4	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) : .....	
• Poids (kg) (à J1) : .....	

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>	<b>Actions :</b>
• 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	
• 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	
• 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	

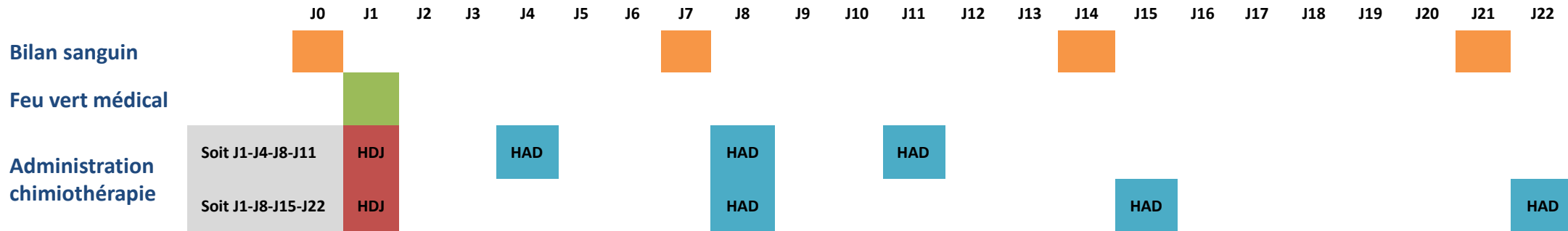
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• GB : .....	• A adapter en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire	• Bicarbonates sériques < 20 mmol/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN : .....		• 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 : .....		• Urémie > 2 fois LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Hémoglobine : .....		• TA > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération 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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Commentaires :</b>
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/m<sup>2</sup> 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 **cuisse**s (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 praticien 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) ≥ 1000/mm<sup>3</sup>, plaquettes ≥ 70 000/mm<sup>3</sup>, créatinine < 2,5 LSN, bilirubine < 2,5 LSN
  - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10%, neuropathies < 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 : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>		<b>Performans status de l'OMS :</b> 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) :	.....	

• Douleurs neuropathiques/neuropathies périphériques	Grade : .....	<b>Sévérité de la neuropathie (données RCP) :</b> <b>Grade 1 asymptomatique</b> : perte des réflexes ostéotendineux ou paresthésie sans douleur ou sans perte de fonction - <b>Grade 1 avec douleur</b> <b>Grade 2</b> : symptômes modérés, limitant les activités instrumentales de la vie quotidienne (préparation des repas, utilisation du téléphone...) <b>Grade 2 avec douleur</b> <b>Grade 3</b> : symptômes sévères, limitant l'autonomie (difficulté à faire sa toilette, à s'habiller tout seul, à se nourrir tout seul, etc) <b>Grade 4</b> : conséquences sur le pronostic vital (intervention urgente indiquée) et/ou neuropathie autonome sévère
--	---------------	---

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>				<b>Actions :</b>
• 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		
• 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
• 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

<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• GB < 1000/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Cl <sub>Cr</sub> < 20 mL/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 500/mm <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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

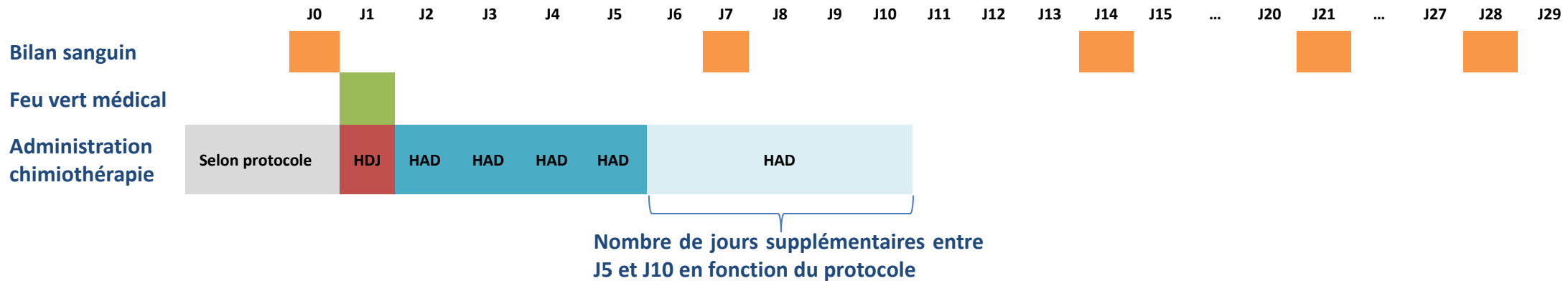
SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

<b>Accord pour l'administration de la chimiothérapie :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Commentaires :</b>
--	---	-----------------------

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/m<sup>2</sup>, SC lente, pendant ..... jours, en ..... injection(s) par jour
  - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
  - **Alterner 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) :

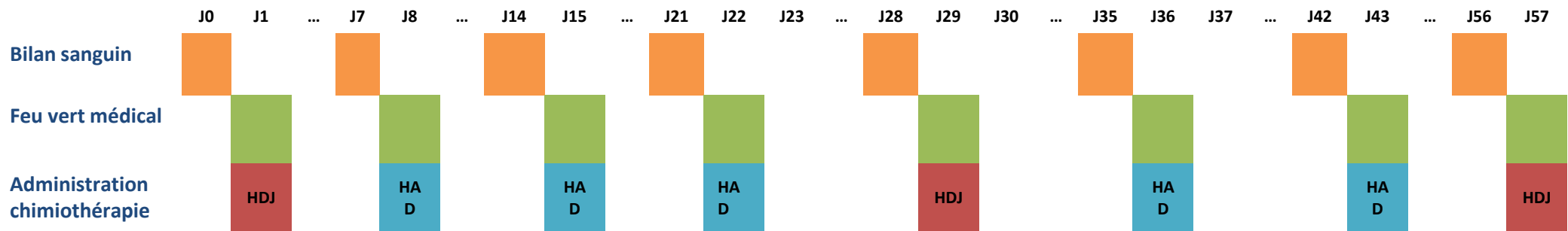
- **Feu vert médical réalisé par** : l'**oncologue référent de l'établissement** pour les administrations en **HDJ**  
le **médecin praticien de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant**
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration 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 : .....
<b>État général :</b>		<b>Performans status de l'OMS :</b> 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) :	.....				
<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>				<b>Actions :</b>	
• 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				
• 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				
• 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				
• Syndrome de la cytarabine	De type fièvre, douleurs osseuse et musculaire, douleurs thoraciques, éruption cutanée, nausées : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence				
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• 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.					
<b>Accord pour l'administration de la chimiothérapie :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Commentaires :</b>		
<b>Signature du médecin (et cachet) :</b>			<b>Signature de l'IDE :</b>		

# 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/m<sup>2</sup>, 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 (créatinémie 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) :

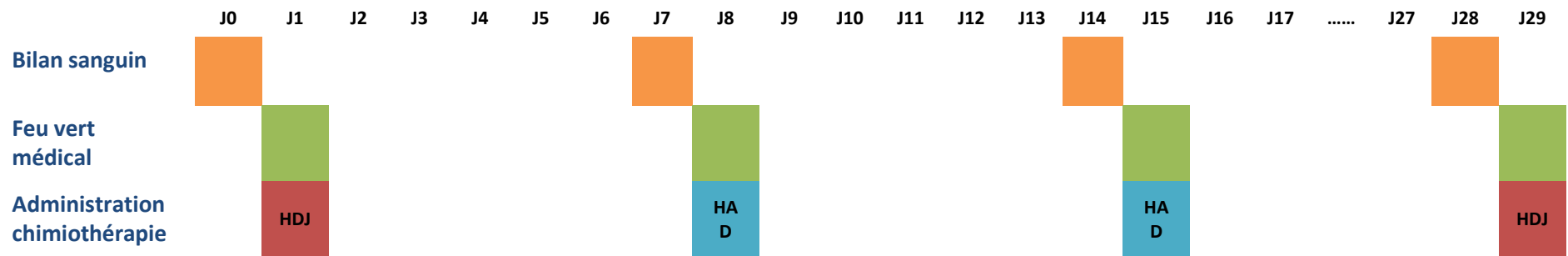
- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**  
**le médecin praticien de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant**
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
  - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) ≥ 3000/mm<sup>3</sup>, Polynucléaires neutrophiles (PNN) ≥ 1500/mm<sup>3</sup>, Plaquettes ≥ 100 000/mm<sup>3</sup>
  - 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 : .....
<b>Etat général :</b>		<b>Performans status de l'OMS :</b> 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) :	.....				
<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>				<b>Actions :</b>	
• 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				
• 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				
• 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				
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• GB < 3000/mm <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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
<b>SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT</b>					
<b>Accord pour l'administration de la chimiothérapie :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Commentaires :</b>	
<b>Signature du médecin (et cachet) :</b>					

# 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/m<sup>2</sup>, 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) :

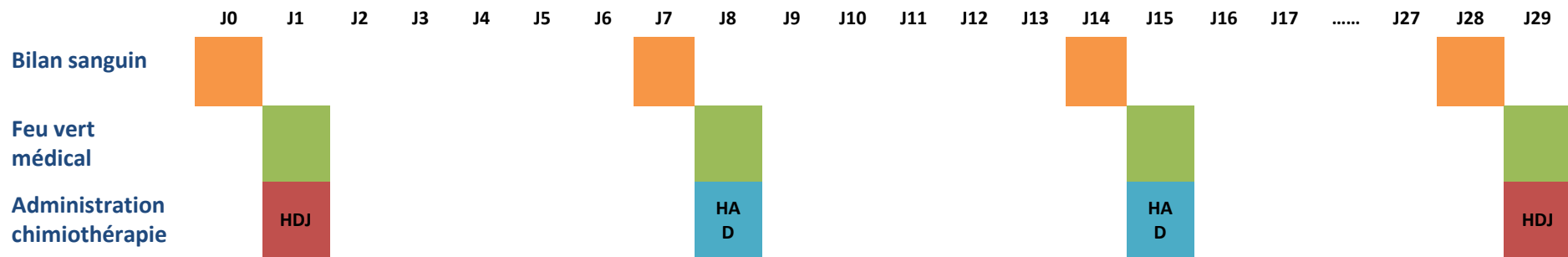
- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**  
**le médecin praticien de l'HAD en lien avec le médecin traitant**
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
  - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) ≥ 3000/mm<sup>3</sup>, Polynucléaires neutrophiles (PNN) ≥ 1500/mm<sup>3</sup>, Plaquettes ≥ 100 000/mm<sup>3</sup>,
  - 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 : .....
<b>Etat général :</b>		<b>Performans status de l’OMS :</b> 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) :	.....				
<b>Evénements indésirables entre les cycles :</b>				<b>Actions :</b>	
• 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				
• 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				
• 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				
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• GB < 3000/mm <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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
<b>SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT</b>					
<b>Accord pour l’administration de la chimiothérapie :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Commentaires :</b>	
<b>Signature du médecin (et cachet) :</b>					

# PROTOCOLE GEMCITABINE - Monothérapie – PNEUMOLOGIE (CBNPC)

**Indication :** En monothérapie dans le traitement en 1<sup>ère</sup> 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/m<sup>2</sup>, 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 praticien 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  $< 10\%$

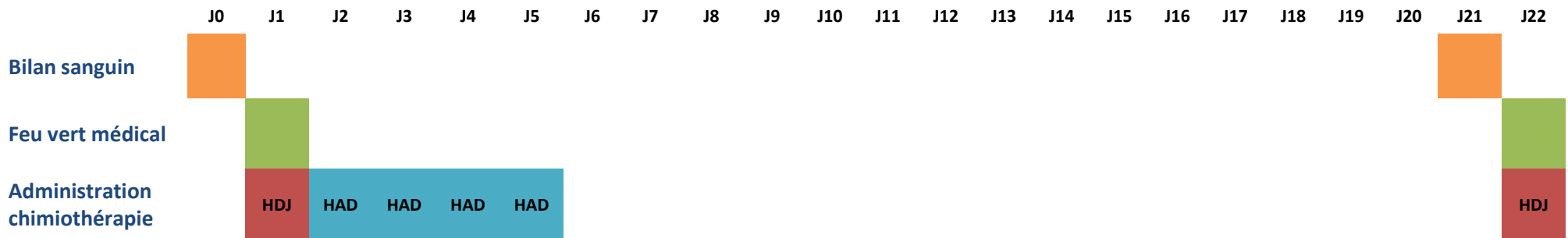


# Fiche validation de la chimiothérapie GEMZAR®

Nom : .....		Prénom : .....		Date : .....	
Protocole de chimiothérapie : Gemcitabine (GEMZAR®) – Monothérapie – GASTRO-ENTEROLOGIE			Cycle n° : .....		J : .....
<b>Etat général :</b>		<b>Performans status de l'OMS :</b> 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) :	.....				
<b>Evénements indésirables entre les cycles :</b>				<b>Actions :</b>	
• 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				
• 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				
• 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				
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• GB < 3000/mm <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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 <sup>3</sup>	<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
<b>SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT</b>					
<b>Accord pour l'administration de la chimiothérapie :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Commentaires :</b>	
<b>Signature du médecin (et cachet) :</b>					

# PROTOCOLE TOPOTECAN (HYCAMTIN®) – GYNÉCOLOGIE (Ovaire)

**Indication :** En monothérapie dans le traitement du carcinome métastatique de l'ovaire après échec d'une 1<sup>ère</sup> ou de plusieurs lignes de chimiothérapie



## 1. Protocole de traitement :

- Topotecan : 1,5 mg/m<sup>2</sup>, 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)  $\geq 3000/\text{mm}^3$ , Polynucléaires neutrophiles (PNN)  $\geq 1500/\text{mm}^3$ , Plaquettes  $\geq 100\ 000/\text{mm}^3$ , hémoglobine  $\geq 9\ \text{g/dL}$ , Clairance de la créatinine ( $\text{Cl}_{\text{Cr}}$ )  $\geq 20\ \text{mL/min}$ , bilirubine totale  $< 10\ \text{mg/dL}$
  - Paramètres cliniques : score OMS  $< 3$ , température  $< 38^\circ\text{C}$ , 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° : .....	
<b>État général :</b> • Score OMS (à J1) :            0  1  2  3  4 • Température (°C) :            ..... • Tension artérielle (mmHg) :            ..... • Poids (kg) (à J1) :            .....		<b>Performans status de l'OMS :</b> 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			
<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>					<b>Actions :</b>
• 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				
• 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				
• 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				
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>					
• GB < 3000/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Cl <sub>Cr</sub> < 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 <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• 20 mL/min ≤ Cl <sub>Cr</sub> < 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 <sup>3</sup>	<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					
<b>Accord pour l'administration de la chimiothérapie :</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Commentaires :</b>	
<b>Signature du médecin (et cachet) :</b>			<b>Signature de l'IDE :</b>		

# PROTOCOLE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN® et biosimilaires) 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<sup>ère</sup> 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 ou fraction d'éjection isotopique (FES) : 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 praticien 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<sup>ère</sup> administration en HDJ, et 2 heures les injections suivantes

# Fiche validation de la thérapie ciblée HERCEPTIN® et biosimilaires SOUS-CUTANÉ

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole de thérapie ciblée : Trastuzumab – SÉNOLOGIE	Cycle n° : .....	J : .....
--	------------------	-----------

<b>État général :</b>		<b>Performans status de l’OMS :</b>  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	
• FEVG :	.....	
• Température (°C) : (facultatif)	.....	
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	
• Poids (kg) (à J1) :	.....	

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>		<b>Actions :</b>
• 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	
• Réactions locales aux points d'injection	De type fièvre, frissons, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

<b>Critères de non-administration de la thérapie ciblée :</b>			
• Score OMS ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/110 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) récente < 3-4 mois : diminution de ≥ 10 points ET < 50 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre(s) : .....	

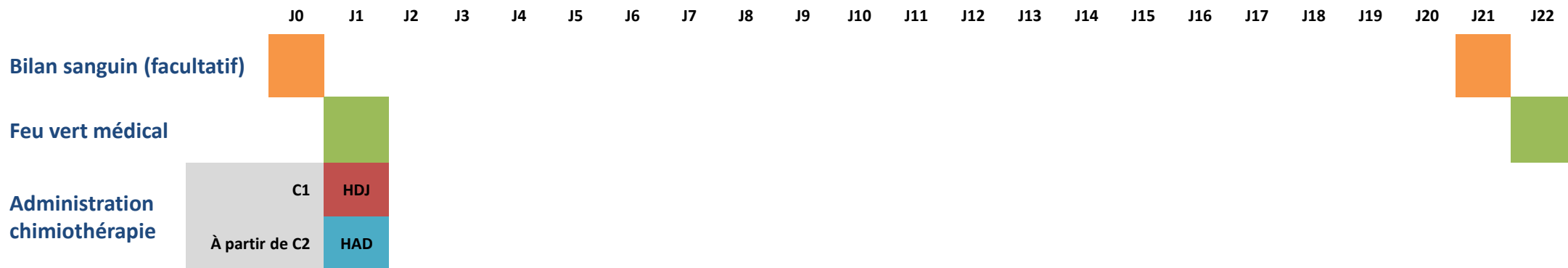
SI UN OUI EST COCHÉ, LA THÉRAPIE CIBLÉE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la thérapie ciblée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
--	---	----------------

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

# PROTOCOLE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) INTRAVEINEUX – Traitement d’entretien - SÉNOLOGIE

**Indication :** Cancer du sein précoce en adjuvant HER2 positif (après une association à une chimiothérapie néoadjuvante)



## 1. Protocole de traitement :

- Trastuzumab : **6 mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines en perfusion IV de 30 minutes** (si dose de charge initiale bien tolérée)
- 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 complémentaire : **CnJ0**

## 3. Bilan clinique :

- Avis cardiologique avant le début du traitement (examen clinique, ECG, échocardiogramme et/ou scintigraphie cardiaque ou IRM)
- **ECG et échographie cardiaque ou fraction d'éjection isotopique (FES) : avant l'instauration du traitement 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 praticien 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 bon fonctionnement du cathéter veineux central (état cutané, reflux veineux présent, absence de douleur à l'injection, ...)
- Surveillance pendant 2 heures après le début de la perfusion

# Fiche validation de la chimiothérapie HERCEPTIN® INTRAVEINEUX

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
Protocole de chimiothérapie : Trastuzumab (HERCEPTIN®) IV – traitement d’entretien – SÉNOLOGIE		Cycle n° : ..... J : .....

<b>État général :</b>	
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4
• FEVG :	.....
• Température (°C) : (facultatif)	.....
• Tension artérielle (mmHg) : (facultatif)	.....
• Poids (kg) (à J1) :	.....
	<p><b>Performans status de l’OMS :</b></p> <p>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>

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>	<b>Actions :</b>
• 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	
• Réactions liées à la perfusion De type fièvre, dyspnée hypotension ou hypertension, urticaire, troubles respiratoires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
• Effets indésirables cardiaques De type hypotension ou hypertension, tachycardie, palpitations, difficultés respiratoires, œdème des membres : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

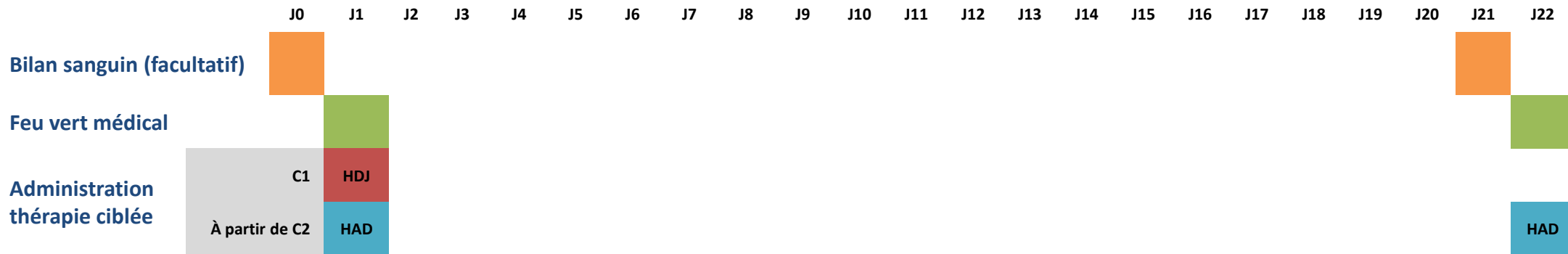
<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>			
• Score OMS ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Diarrhées sévères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Perte de poids ≥ 10 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 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 : .....	

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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 praticien 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 thérapie ciblée : Trastuzumab - Pertuzumab (PHESGO®) – SÉNOLOGIE	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>			
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	<b>Performans status de l'OMS :</b>  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	
• FEVG :	.....		
• Température (°C) : (facultatif)	.....		
• Tension artérielle (mmHg) : (facultatif)	.....		
• Poids (kg) (à J1) :	.....		

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>		<b>Actions :</b>
• 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	
• Réactions locales aux points d'injection	De type fièvre, frissons, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

<b>Critères de non-administration de la thérapie ciblée :</b>			
• 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) : .....	

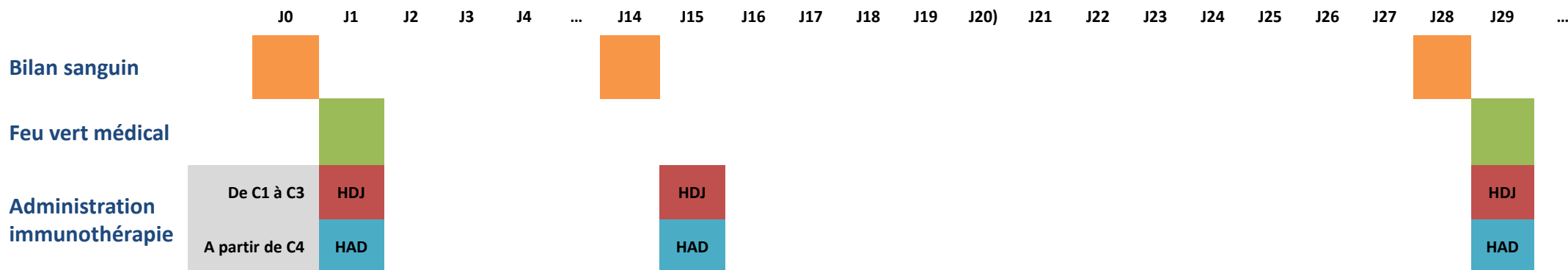
SI UN OUI EST COCHÉ, LA THÉRAPIE CIBLÉE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la thérapie ciblée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
--	---	----------------

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

# PROTOCOLE NIVOLUMAB (OPDIVO®)

**Indications :** l'indication précise 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
- Diagramme de fréquence des bilans :
- Toutes les 2 semaines (couvre les items 1 à 6)
  - Tous les mois (couvre les items 7 et 8)

## 3. Bilan clinique :

- Évaluation 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 praticien 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 d'immunothérapie : NIVOLUMAB –	Cycle n° : .....	J : .....
--	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	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 – alité moins de 50 % du temps	
• Fréquence respiratoire :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

**Événements indésirables d'origine immunologique entre les cycles :**

• Pneumopathie inflammatoire	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 > 1-3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 3-5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 5-20 N <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 supérieure <input type="checkbox"/> Créatinine >3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieure			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie ou hyperthyroïdie <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 abdo, hypoTA, ralentissement) <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	• Précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

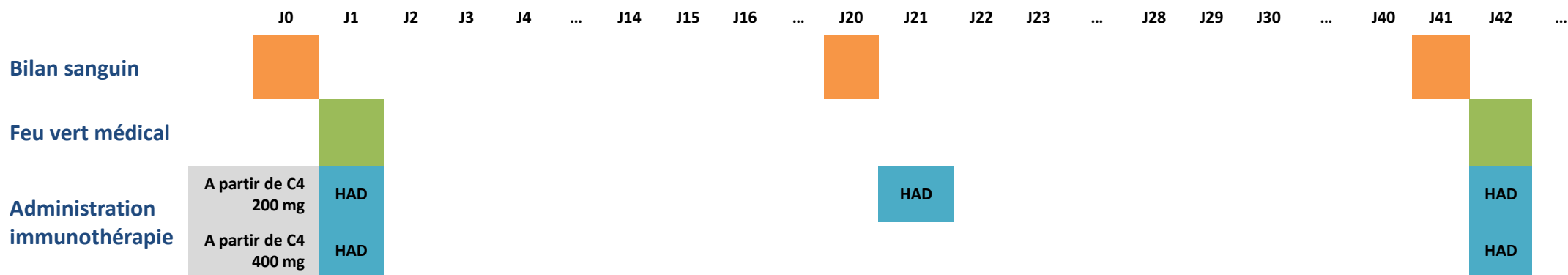
**SI UN OUI EST COCHÉ, L'IMMUNOTHERAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.**

Accord pour l'administration de l'immunothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
--	---	----------------

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

# PROTOCOLE PEMBROLIZUMAB (KEYTRUDA®)

**Indications :** l'indication précise 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

## 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 praticien 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 d'immunothérapie : PEMBROLIZUMAB –	Cycle n° : .....	J : .....
--	------------------	-----------

<b>État général :</b>		<b>Performans status de l'OMS :</b>  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 inflammatoire	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 > 1-3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 3-5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 5-20 N <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 supérieure <input type="checkbox"/> Créatinine >3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieure			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie ou hyperthyroïdie <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 abdo, hypoTA, ralentissement) <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 : .....				• Précisez : .....
• Autre : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

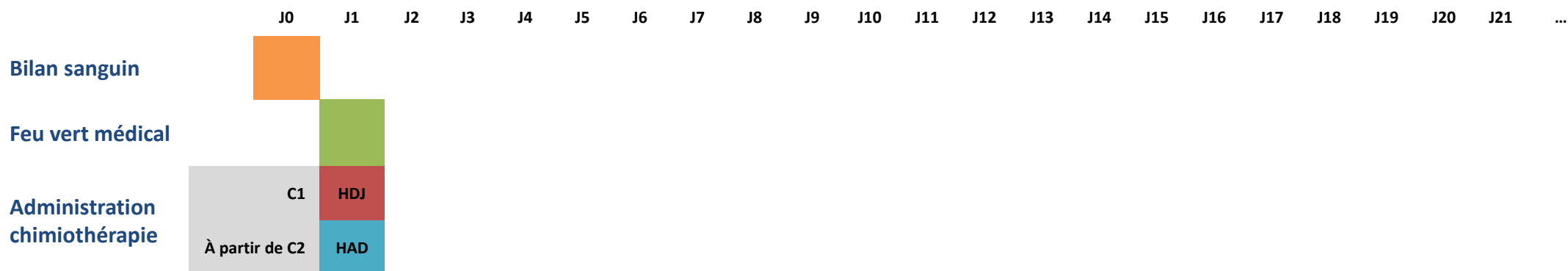
**SI UN OUI EST COCHÉ, L'IMMUNOTHERAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.**

Accord pour l'administration de l'immunothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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<sup>ère</sup> ligne ou en 2<sup>ème</sup> 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 l'immunothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par :** l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations en HDJ  
le médecin praticien 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 la chimiothérapie MABTHERA® SOUS-CUTANÉ

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole d'immunothérapie : Rituximab (MABTHERA®) –	Cycle n° : .....	J : .....
--	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	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 – alité moins de 50 % du temps	
• Poids (kg) (à J1) :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>			
• 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		
• 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		

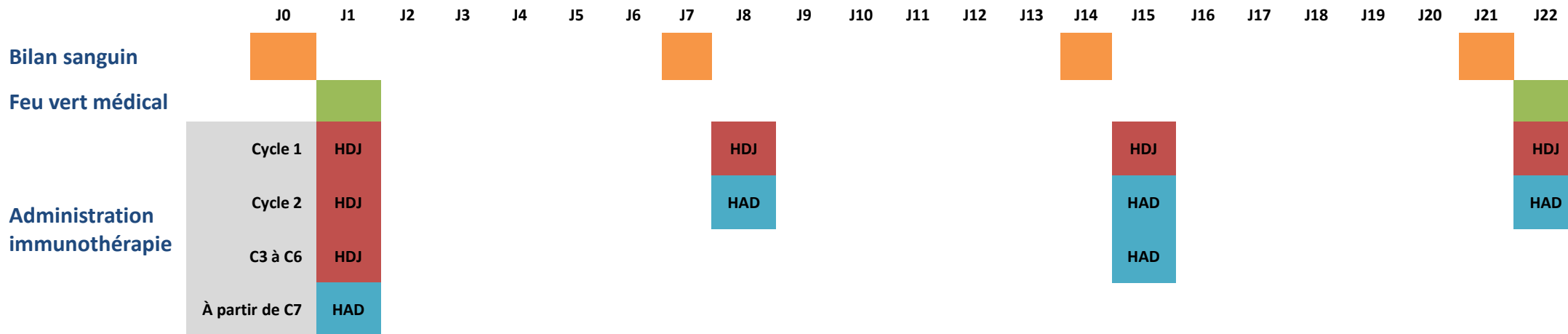
<b>Critères de non-administration de l'immunothérapie :</b>			
• Troubles hématologiques (PNN < 1,5G/L et/ou plaquettes < 75 G/L)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Infection sévère évolutive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Réactions cutanées sévères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre : .....	

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

Accord pour l'administration de l'immunothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
Signature du médecin (et cachet) :		Signature de l'IDE :

# PROTOCOLE DARATUMUMAB (DARZALEX®) SOUS-CUTANÉ – HEMATOLOGIE

**Indication :** En monothérapie ou en association avec pomalidomide ou lenalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple (l'indication et la prescription de la cure sont de la responsabilité de l'oncologue)



## 1. Protocole de traitement :

- Daratumumab : 1800 mg, SC 3-5 minutes.
  - 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<sup>ème</sup> injection), 1 à 3h avant le Daratumumab
  - Dexaméthasone : 40 mg/semaine ou 20 mg/semaine chez les patients âgés de plus de 75 ans mais adaptations posologiques possibles selon l'âge ou l'état général
  - En association au lenalidomide : 25 mg, voie orale, de J1 à J21 pour chaque cycle (diminution de la posologie en cas d'insuffisance rénale)
  - En association au pomalidomide : 4 mg, voie orale, de J1 à J21 pour chaque cycle
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : cycle de 28 jours
- 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 l'immunothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par :** l'oncologue référent de l'établissement pour les administrations en HDJ  
le médecin praticien 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 l'immunothérapie DARZALEX® SOUS-CUTANÉ

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole d'immunothérapie : Daratumumab (DARZALEX®) – HEMATOLOGIE	Cycle n° : .....	J : .....
--	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	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 – alité moins de 50 % du temps	
• Poids (kg) (à J1) :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>		<b>Actions :</b>
• 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	
• Réactions liées à l'injection	De type fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, hypotension, toux <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

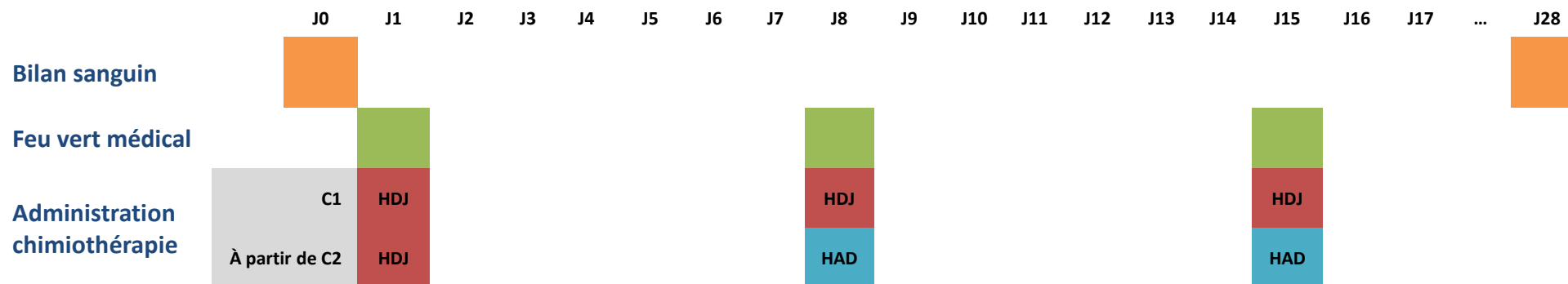
<b>Critères de non-administration de l'immunothérapie :</b>			
• Score OMS ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Perte de poids ≥ 10 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Neutropénie/Thrombopénie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre(s) : .....	

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

Accord pour l'administration de l'immunothérapie:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
Signature du médecin (et cachet) :		Signature de l'IDE :

# PROTOCOLE CARFILZOMIB (KYPROLIS®) Kd - HEMATOLOGIE

**Indication :** Myélome multiple chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur, en association avec la dexaméthasone



## 1. Protocole de traitement :

- Carfilzomib : perfusion IV de **30 min** aux jours 1, 8 et 15 de chaque cycle. Dose initiale de 20 mg/m<sup>2</sup> (max 44 mg) à J1 du 1<sup>er</sup> cycle. Si le traitement est bien toléré, augmentation de la dose à 70 mg/m<sup>2</sup> à partir de J8 du 1<sup>er</sup> cycle (56 mg/m<sup>2</sup> chez le sujet âgé ou fragile)
- Stabilité de la préparation : **24 h entre +2°C et +8°C et 4 h à 25°C**
- Traitement associé :
  - Dexaméthasone : 20 mg, voie orale ou intraveineuse, 30 min à 4h avant le Carfilzomib (de préférence le matin), prescription à adapter selon les patients
- Nombre de cycles prévus : le traitement peut être poursuivi jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable
- Périodicité : cycle de 28 jours avec une période de repos sans traitement (J16 à J28)
- 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 :

- Dépistage d'infection par le Virus de l'Hépatite B avant l'initiation du traitement
- Le bilan sanguin doit être réalisé à l'initiation du traitement puis surveillé mensuellement et doit comporter :
  - NFS et plaquettes
  - Fonction rénale (Créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (Enzymes hépatiques et bilirubine)
  - Ionogramme sanguin et uricémie pour surveiller le syndrome de lyse tumorale

## 3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire complète avant de débiter le traitement puis surveillance régulière
- Surveillance des réactions à la perfusion, des évènements thromboemboliques veineux et des signes ou symptômes neurologiques

## 4. Conditions du feu vert médical (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 praticien 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  
vérification d'une hydratation adéquate lors de chaque cycle selon les patients (250 ml/30 min ou 500 mL/1h)  
le délai entre la reconstitution et l'administration ne doit pas dépasser 24 heures

# Fiche validation de la chimiothérapie KYPROLIS®

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole de chimiothérapie : Carfilzomib (KYPROLIS®) – en association à la dexaméthasone	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l’OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	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 – alité moins de 50 % du temps	
• Poids (kg) (à J1) :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>		<b>Actions :</b>
• Evènements thromboemboliques veineux	De type essoufflement, douleur dans la poitrine, hémoptysie, gonflement ou douleur dans les bras ou les jambes <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
• Réactions à la perfusion	De type fièvre, frissons, arthralgies, myalgies, rougeur faciale, œdème du visage, vomissements, hypotension, oppression thoracique <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
• Syndrome de lyse tumorale	De type nausées, vomissements, diarrhées, crampes musculaires, engourdissements ou picotements, agitation <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>			
• Créatininémie ≥ 2 fois la valeur avant traitement ou clairance de la créatinine < 15 ml/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Neutropénie fébrile (PNN < 0,5 G/L et température > 38,5°C ou 2 mesures consécutives > 38°C sur une durée de 2h)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Polynucléaires neutrophiles (PNN) < 0,5 G/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Toxicités non hématologiques de grade 3 ou 4 • Précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 10 G/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre : .....	

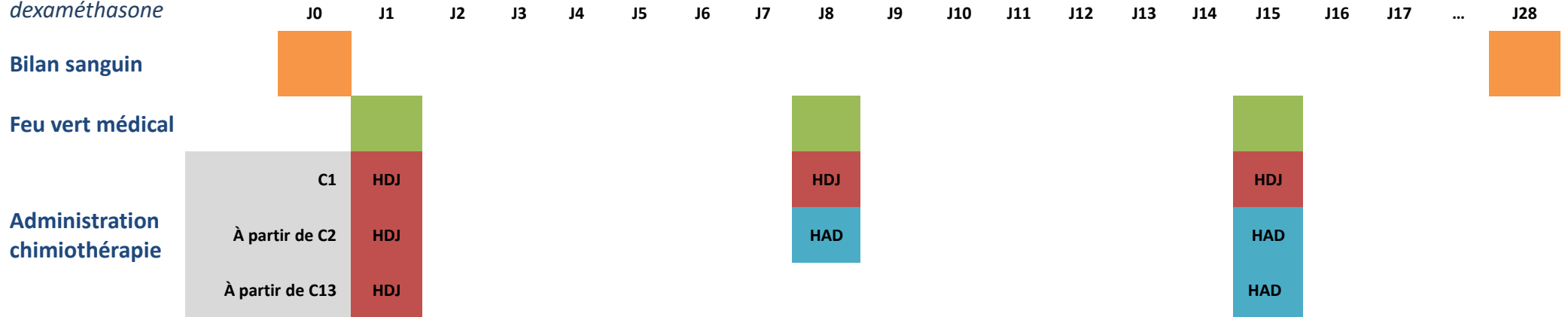
SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l’administration de la chimiothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
---	---	----------------

Signature du médecin (et cachet) :	Signature de l’IDE :
------------------------------------	----------------------

# PROTOCOLE CARFILZOMIB (KYPROLIS®) KRd hebdo - HEMATOLOGIE

**Indication :** Myélome multiple chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur, en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone



## 1. Protocole de traitement :

- Carfilzomib : perfusion IV de **10 min** aux jours 1, 8 et 15 de chaque cycle. Dose initiale de 20 mg/m<sup>2</sup> (max 44 mg) à J1 du 1<sup>er</sup> cycle. Si le traitement est bien toléré, augmentation de la dose à 56 mg/m<sup>2</sup> à partir de J8 du 1<sup>er</sup> cycle avec possibilité de diminuer si sujet âgé ou fragile. A partir de C13, la dose de J8 n'est pas administrée.
- Stabilité de la préparation : **24 h entre +2°C et +8°C et 4 h à 25°C**
- Traitement associé :
  - Lenalidomide : 25 mg, voie orale, de J1 à J21 pour chaque cycle (diminution de la posologie en cas d'insuffisance rénale)
  - Dexaméthasone : 40 mg, voie orale ou intraveineuse à adapter selon les patients, 30 min à 4h avant le Carfilzomib (de préférence le matin), à J1, J8, J15 et J22
- Nombre de cycles prévus : le traitement peut être poursuivi jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable
- Périodicité : cycle de 28 jours avec une période de repos sans traitement (J16 à J28)
- 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 :

- Dépistage d'infection par le Virus de l'Hépatite B avant l'initiation du traitement
- Le bilan sanguin doit être réalisé à l'initiation du traitement puis surveillé mensuellement et doit comporter :
  - NFS et plaquettes
  - Fonction rénale (Créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (Enzymes hépatiques et bilirubine)
  - Ionogramme sanguin et uricémie pour surveiller le syndrome de lyse tumorale

## 3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire approfondie avant de débiter le traitement puis surveillance étroite
- Surveillance des réactions à la perfusion, des événements thromboemboliques veineux et des signes ou symptômes neurologiques

## 4. Conditions du feu vert médical (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 praticien 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) :

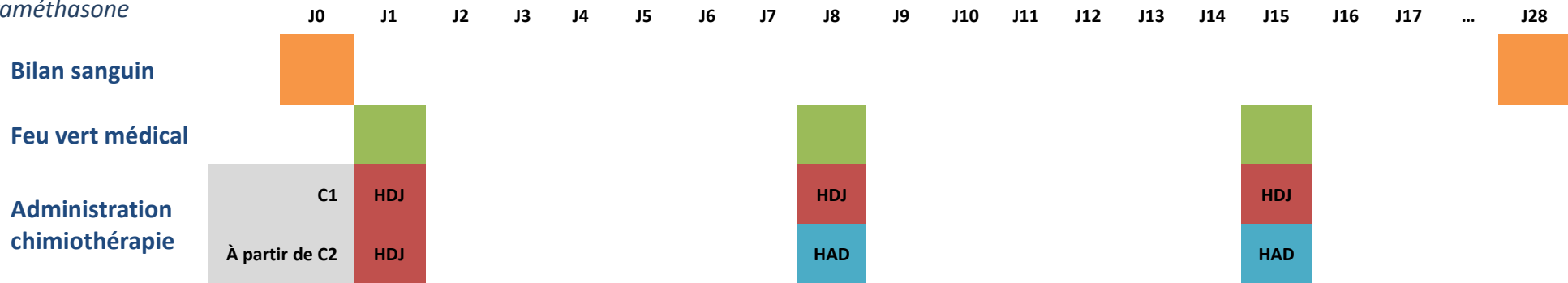
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD  
vérification d'une hydratation adéquate lors de chaque cycle selon les patients (250 ml/30 min ou 500 mL/1h)  
le délai entre la reconstitution et l'administration ne doit pas dépasser 24 heures

# Fiche validation de la chimiothérapie KYPROLIS®

Nom : .....		Prénom : .....		Date : .....	
Protocole de chimiothérapie : Carfilzomib (KYPROLIS®) – en association au lenalidomide et à la dexaméthasone				Cycle n° : .....	J : .....
État général :		Performans status de l’OMS :			
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	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) :	.....				
• Poids (kg) (à J1) :	.....				
Événements indésirables entre les cycles :					Actions :
• Evènements thromboemboliques veineux	De type essoufflement, douleur dans la poitrine, hémoptysie, gonflement ou douleur dans les bras ou les jambes <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence				
• Réactions à la perfusion	De type fièvre, frissons, arthralgies, myalgies, rougeur faciale, œdème du visage, vomissements, hypotension, <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence				
• Syndrome de lyse tumorale	De type nausées, vomissements, diarrhées, crampes musculaires, engourdissements ou picotements, agitation <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence				
Critères de non-administration de la chimiothérapie :					
• Créatininémie ≥ 2 fois la valeur avant traitement ou clairance de la créatinine < 15 ml/min		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Neutropénie fébrile (PNN < 0,5 G/L et température > 38,5°C ou 2 mesures consécutives > 38°C sur une durée de 2h)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Polynucléaires neutrophiles (PNN) < 0,5 G/L		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Toxicités non hématologiques de grade 3 ou 4 • Précisez : .....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 10 G/L		<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 :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Commentaires :	
Signature du médecin (et cachet) :			Signature de l’IDE :		

# PROTOCOLE CARFILZOMIB (KYPROLIS®) KdD - HEMATOLOGIE

**Indication :** Myélome multiple chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur, en association avec le daratumumab et la dexaméthasone



## 1. Protocole de traitement :

- Carfilzomib : perfusion IV de **30 min** aux jours 1, 8 et 15 de chaque cycle. Dose initiale de 20 mg/m<sup>2</sup> (max 44 mg) à J1 du 1<sup>er</sup> cycle. Si le traitement est bien toléré, augmentation de la dose à 70 mg/m<sup>2</sup> à partir de J8 du 1<sup>er</sup> cycle (56 mg/m<sup>2</sup> chez le sujet âgé ou fragile).
- Stabilité : **24 h entre +2°C et +8°C et 4 h à 25°C**
- Traitement associé :
  - Daratumumab voie sous-cutanée : voir protocole Daratumumab
  - Dexaméthasone : 20 mg VO ou IV, à J1, J2, J8, J9, J15 et J16 puis 40 mg à J22, 30 min à 4h avant le Carfilzomib (de préférence le matin), à adapter selon les patients
- Nombre de cycles prévus : le traitement peut être poursuivi jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable
- Périodicité : cycle de 28 jours avec une période de repos sans traitement (J16 à J28)
- 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 :

- Dépistage d'infection par le Virus de l'Hépatite B avant l'initiation du traitement
- Le bilan sanguin doit être réalisé à l'initiation du traitement puis surveillé mensuellement et doit comporter :
  - NFS et plaquettes
  - Fonction rénale (Créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (Enzymes hépatiques et bilirubine)
  - Ionogramme sanguin et uricémie pour surveiller le syndrome de lyse tumorale

## 3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire approfondie avant de débiter le traitement puis surveillance étroite
- Surveillance des réactions à la perfusion, des événements thromboemboliques veineux et des signes ou symptômes neurologiques

## 4. Conditions du feu vert médical (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 praticien 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  
vérification d'une hydratation adéquate lors de chaque cycle selon les patients (250 ml/30 min ou 500 mL/1h)  
le délai entre la reconstitution et l'administration ne doit pas dépasser 24 heures

# Fiche validation de la chimiothérapie KYPROLIS®

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Date :** .....

**Protocole de chimiothérapie : Carfilzomib (KYPROLIS®) – en association au daratumumab et à la dexaméthasone**      **Cycle n° :** ..... **J :** .....

<b>État général :</b>				<b>Performans status de l’OMS :</b>  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) :	.....			

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>		<b>Actions :</b>
• Evènements thromboemboliques veineux	De type essoufflement, douleur dans la poitrine, hémoptysie, gonflement ou douleur dans les bras ou les jambes <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
• Réactions à la perfusion	De type fièvre, frissons, arthralgies, myalgies, rougeur faciale, œdème du visage, vomissements, hypotension, oppression thoracique <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
• Syndrome de lyse tumorale	De type nausées, vomissements, diarrhées, crampes musculaires, engourdissements ou picotements, agitation <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>			
• Créatininémie ≥ 2 fois la valeur avant traitement ou clairance de la créatinine < 15 ml/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Neutropénie fébrile (PNN < 0,5 G/L et température > 38,5°C ou 2 mesures consécutives > 38°C sur une durée de 2h)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Polynucléaires neutrophiles (PNN) < 0,5 G/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Toxicités non hématologiques de grade 3 ou 4 • Précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 10 G/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre : .....	

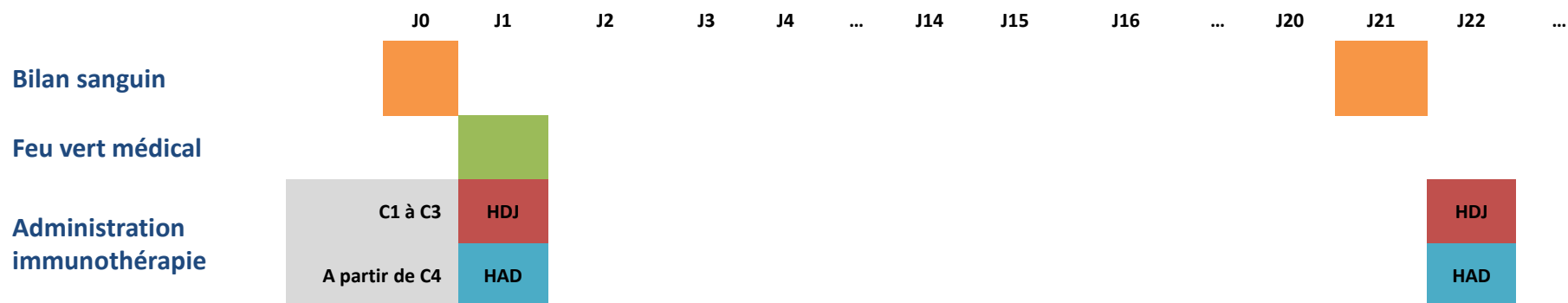
**SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.**

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

**Signature du médecin (et cachet) :** .....      **Signature de l’IDE :** .....

# PROTOCOLE ATEZOLIZUMAB (TECENTRIQ®) SOUS-CUTANÉ

**Indications :** *En monothérapie dans les cancers bronchiques non à petites cellules ou en phase d'entretien des cancers bronchiques à petites cellules (l'indication et la prescription du protocole sont de la responsabilité de l'oncologue)*



## 1. Protocole de traitement :

- Atezolizumab : 1875 mg, SC, 7 minutes.
  - **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**.
- Stabilité de la préparation : 30 jours entre 2 °C et 8 °C, et 8 heures à ≤ 30 °C à la lumière du jour
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : cycle de 21 jours
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD à **partir de C4 selon le choix de l'oncologue**

## 2. Bilan sanguin :

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

## 3. Bilan clinique :

- Surveillance des effets indésirables d'origine immunologique
- Surveillance des symptômes de réactions liées à l'injection (fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, ...)

## 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 praticien 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
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique



# Fiche validation de l'immunothérapie TECENTRIQ® SOUS-CUTANÉ

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole d'immunothérapie : ATEZOLIZUMAB –	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	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 – alité moins de 50 % du temps	
• Fréquence respiratoire :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

**Événements indésirables d'origine immunologique entre les cycles :**

• Pneumopathie inflammatoire	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 > 1-3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 3-5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 5-20 N <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 supérieure <input type="checkbox"/> Créatinine >3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieure			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie ou hyperthyroïdie <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 abdo, hypoTA, ralentissement) <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 : .....		• Précisez : .....	
• Autre : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

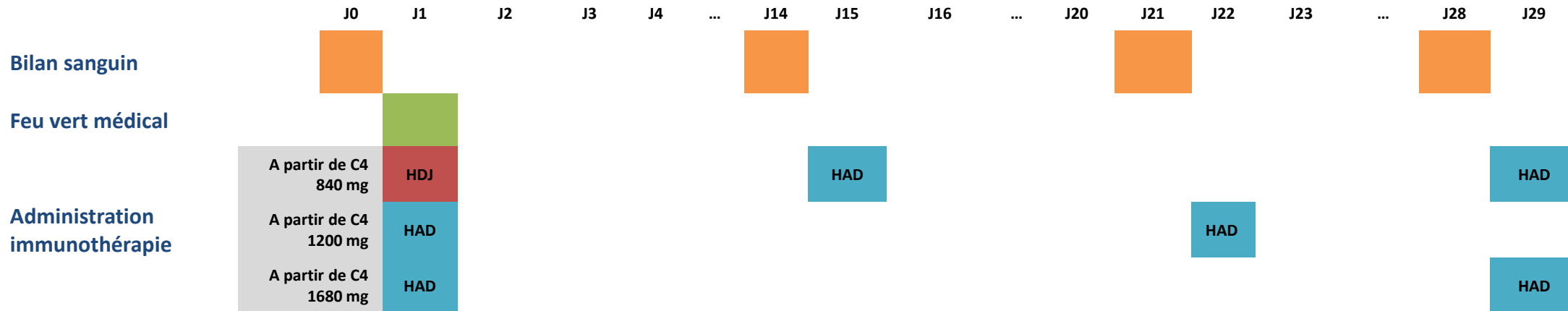
**SI UN OUI EST COCHÉ, L'IMMUNOTHERAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.**

Accord pour l'administration de l'immunothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
--	---	----------------

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

# PROTOCOLE ATEZOLIZUMAB (TECENTRIQ®) IV

**Indications :** *En monothérapie dans les cancers bronchiques non à petites cellules ou en phase d'entretien des cancers bronchiques à petites cellules (l'indication et la prescription du protocole sont de la responsabilité de l'oncologue)*



## 1. Protocole de traitement :

- Atezolizumab : **840 mg toutes les 2 semaines OU 1200 mg toutes les 3 semaines OU 1680 mg toutes les 4 semaines**, en perfusion IV de 30 minutes
- Stabilité de la préparation : 24 heures à ≤ 30 °C et 30 jours entre 2 °C et 8 °C
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : cycle de 14 jours ou 21 jours ou 28 jours selon le protocole
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD à **partir de C4** selon le choix de l'oncologue

## 2. Bilan sanguin :

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



Toutes les 2 ou 3 ou 4 semaines en fonction du protocole

## 3. Bilan clinique :

- Surveillance des effets indésirables d'origine immunologique
- Surveillance des symptômes de réactions liées à l'injection (fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, ...)

## 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 praticien 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
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

# Fiche validation de l'immunothérapie TECENTRIQ®

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole d'immunothérapie : ATEZOLIZUMAB –	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	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 – alité moins de 50 % du temps	
• Fréquence respiratoire :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

### Événements indésirables d'origine immunologique entre les cycles :

• Pneumopathie inflammatoire	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 > 1-3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 3-5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 5-20 N <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 supérieure <input type="checkbox"/> Créatinine >3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieure			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie ou hyperthyroïdie <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 abdo, hypoTA, ralentissement) <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 : .....		• Précisez : .....	
• Autre : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

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

Accord pour l'administration de l'immunothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
--	---	----------------

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