



# 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"/> > 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 :