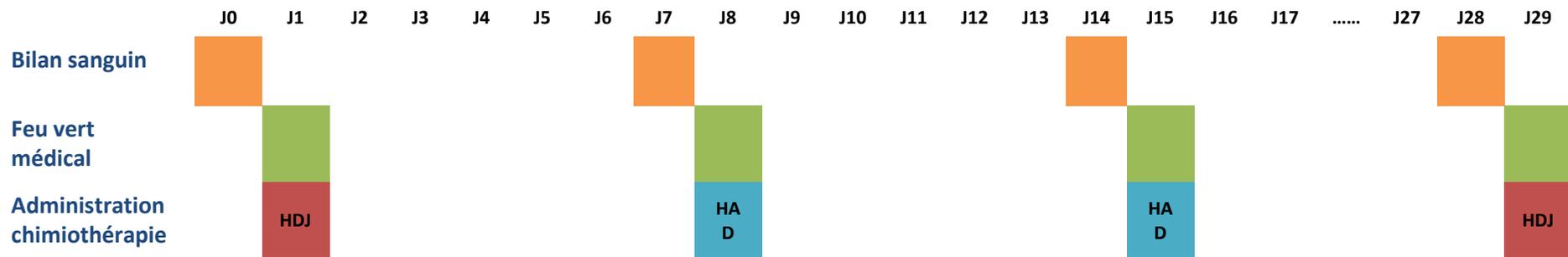


PROTOCOLE GEMCITABINE - Monothérapie – PNEUMOLOGIE (CBNPC)

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



1. Protocole de traitement :

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

2. Bilan sanguin :

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

3. Bilan clinique :

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

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

- Feu vert médical réalisé par : **le médecin prescripteur hospitalier référent pour les administrations en HDJ**
le médecin 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 :
Etat général :		Performans status de l'OMS : OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50% du temps OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50% du temps OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence			
• Score OMS :	0 1 2 3 4				
• Température (°C) :				
• Tension artérielle (mmHg) :				
• Poids (kg) (à J1) :				
Événements indésirables entre les cycles :				Actions :	
• Nausée, Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24 heures <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 6 fois par 24 heures				
• 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				
Critères de non-administration de la chimiothérapie :					
• GB < 3000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN < 1500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 100 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Inflammation de la chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT					
Accord pour l'administration de la chimiothérapie :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Commentaires :	
Signature du médecin (et cachet) :					