

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 :
---	------------------	-----------

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) :					
• 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 :
------------------------------------	----------------------