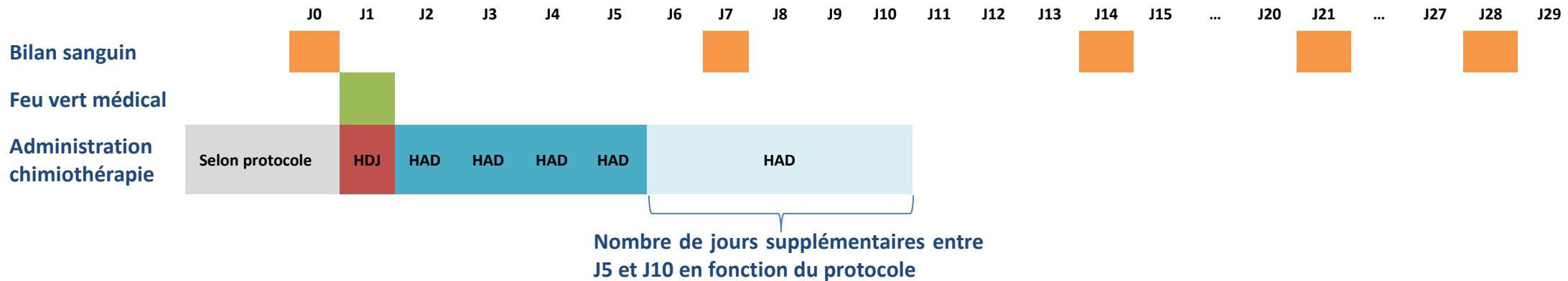


PROTOCOLE CYTARABINE (ARACYTINE®) SOUS-CUTANE – HÉMATOLOGIE

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



1. Protocole de traitement :

- Cytarabine : 20 mg/m², SC lente, pendant jours, en injection(s) par jour
 - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
 - **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 coordonnateur de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant**
- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10%, tension artérielle (TA) ≤ 150/100 mmHg

Fiche validation de la chimiothérapie ARACYTINE® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Cytarabine (ARACYTINE®) – HEMATOLOGIE

Cycle n° : J :

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

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

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

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

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

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui

Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :