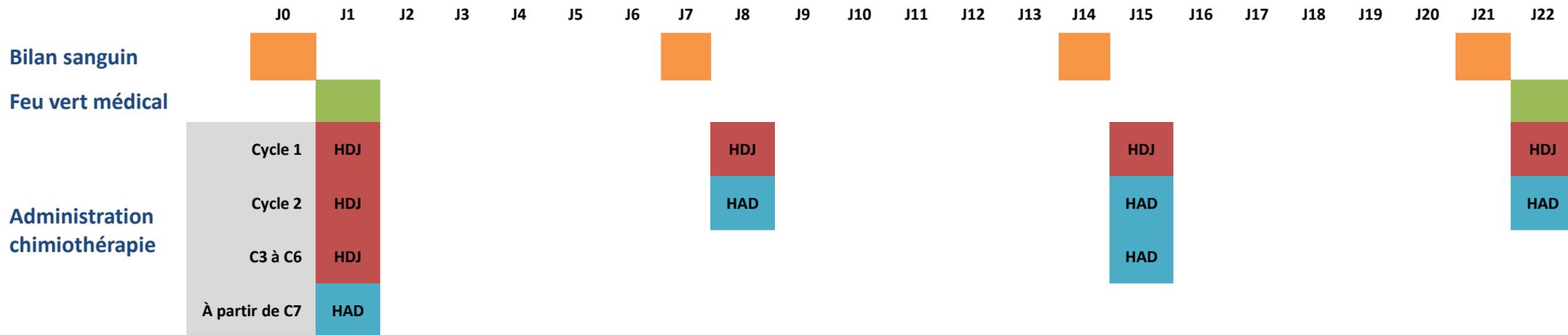


PROTOCOLE DARATUMUMAB (DARZALEX®) SOUS-CUTANÉ – HEMATOLOGIE

Indication : Myélome multiple (l'indication et la prescription de la cure de Daratumumab sont de la responsabilité de l'oncologue)



1. Protocole de traitement :

- Daratumumab : 1800 mg, SC 3-5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 1800 mg sous-cutané).** À conserver entre 2 et 8°C.
 - **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^{ème} injection), 1 à 3h avant le Daratumumab
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : selon protocole
- 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 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

Fiche validation de la chimiothérapie DARZALEX® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Daratumumab (DARZALEX®) – 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) :	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"/> 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
• Réactions liées à l'injection De type fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, hypotension, toux <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :			
• 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, 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 :