

PROTOCOLE CYTARABINE – traitement d’entretien – HÉMATOLOGIE

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



1. Protocole de traitement :

- Cytarabine : 20 mg/m²/j, SC en 1 ou 2 injections, pendant 5 à 14 jours.
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l’oncologue (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, CnJ6, CnJ7, CnJ8, CnJ9, CnJ10, CnJ11, CnJ12, CnJ13, CnJ14

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d’un bilan sanguin : **CnJ10, CnJ8, CnJ15 et CnJ28**
- Le bilan sanguin doit comporter :
 - 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, CnJ9**
- 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**
 - **Le médecin traitant passera AU MINIMUM 1 fois par semaine au domicile du patient afin de vérifier l’état clinique du patient**
- Critères d’administration de la chimiothérapie :
 - Paramètres biologiques : Globules blancs (GB) ≥ 3000/mm³, Polynucléaires neutrophiles (PNN) ≥ 1500/mm³, Plaquettes ≥ 100 000/mm³,
 - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10% et tension artérielle (TA) ≤ 150/100 mmHg

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l’administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l’état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD

Validation de la chimiothérapie ARACYTINE®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Cytarabine (ARACYTINE®) – traitement d’entretien – HEMATOLOGIE

Cycle n° :

J :

Etat 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, J9) :	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 heures	<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	<input type="checkbox"/> ttt prescrit	
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale	<input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur	<input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations	<input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses	<input type="checkbox"/> ttt prescrit	
• 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	<input type="checkbox"/> ttt prescrit

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		

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 :