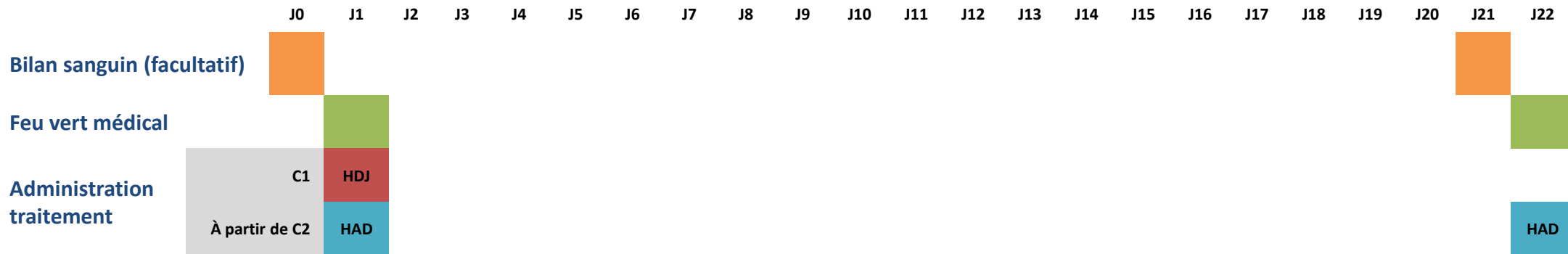


PROTOCOLE TRASTUZUMAB-PERTUZUMAB (PHESGO®) SOUS-CUTANÉ – SÉNOLOGIE

Indications : *Cancer du sein HER2 positif précoce ou métastatique*



1. Protocole de traitement :

- Trastuzumab - Pertuzumab : 600 mg/600 mg, SC, 5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 600 mg/600 mg sous-cutané).** À conserver **entre 2 et 8°C.**
 - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
 - **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.**
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d'un cycle = 21 jours)
- Jours d'administration du traitement en HAD : à **partir de C2** (dose de charge et tolérance évaluées en HDJ à C1 et lors des consultations avec l'oncologue)

2. Bilan sanguin :

- Le **bilan sanguin est facultatif en fonction de la situation clinique** et des **traitements associés**
- **Si nécessaire**, réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0**

3. Bilan clinique :

- Avis cardiologique avant le début du traitement (par cardiologue de ville, filière Picaro par ex.)
- **Echographie cardiaque ou fraction d'éjection isotopique : avant l'instauration du traitement puis trimestriellement**
- **ECG : avant l'instauration du traitement** puis à intervalles réguliers (généralement tous les trimestres)

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

- **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** – prescription sécurisée (via plateforme par ex.)

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration du traitement) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance pendant 15 minutes après la fin de l'administration de la dose d'entretien

Fiche validation de la thérapie ciblée PHESGO® SOUS-CUTANÉ

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de traitement : Trastuzumab - Pertuzumab (PHESGO®) – SÉNOLOGIE

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	
• FEVG :	
• Température (°C) : (facultatif)	
• Tension artérielle (mmHg) : (facultatif)	
• 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 > 40°C pendant moins de 24 heures <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"/> ttt prescrit
• Réactions locales aux points d'injection	De type fièvre, frissons, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la thérapie ciblée :

• Score OMS ≥ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Diarrhées sévères	<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
• FEVG (fraction d'éjection ventriculaire gauche) récente < 3-4 mois : diminution de ≥ 10 points ET <50 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre(s) :	

SI UN OUI EST COCHÉ, LE TRAITEMENT NE SERA PAS ADMINISTRÉ SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la thérapie ciblée :

Oui

Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :