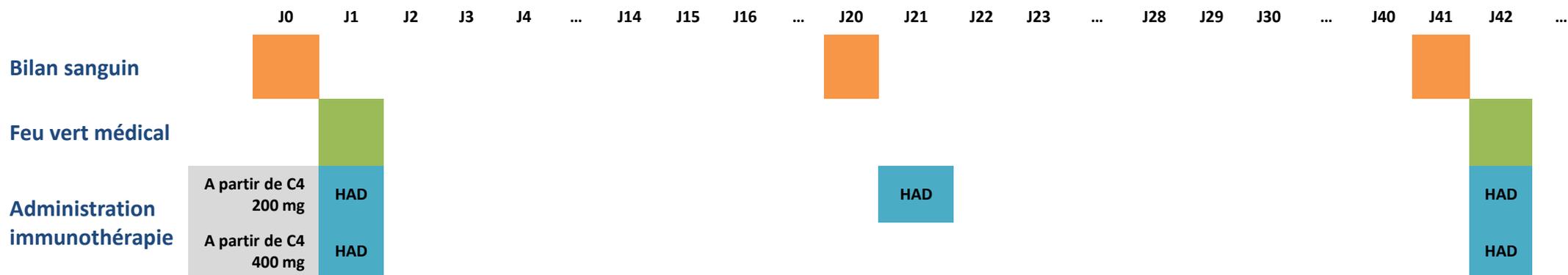


# PROTOCOLE PEMBROLIZUMAB (KEYTRUDA®)

**Indications :** l'indication et la prescription de la cure de Pembrolizumab sont de la responsabilité de l'oncologue



## 1. Protocole de traitement :

- Pembrolizumab : **200 mg toutes les 3 semaines ou 400 mg toutes les 6 semaines** en perfusion IV de 30 minutes
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : Cycle de 21 jours (J1 = J21) ou cycle de 42 jours (J1 = J42)
- Jours d'administration de l'immunothérapie en HAD à **partir de C4 selon le choix de l'oncologue** : CnJ1, CnJ21 et CnJ42 (cycles de 21 jours) ou CnJ1 et CnJ42 (cycles de 42 jours)

## 2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un ionogramme complet,
  - NFS et plaquettes
  - Bilan rénale (créatininémie)
  - Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine, albumine)
  - Glycémie,
  - Fonction thyroïdienne (TSH, T4L), cortisol à 8h
- } Toutes les 3 semaines

## 3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire à l'initiation du traitement puis surveillance régulière
- Surveillance des effets indésirables d'origine immunologique

## 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 coordonnateur 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
- Surveillance du patient pendant au moins 15 min après l'injection
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

# Fiche validation de l'immunothérapie KEYTRUDA®

Nom : .....

Prénom : .....

Date : .....

Protocole de traitement : Pembrolizumab (KEYTRUDA®) –

Cycle n° : .....

J : .....

État général :		Données cliniques cycle précédent :	<b>Performans status de l'OMS :</b> 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) :	.....	.....	
• Fréquence respiratoire :	.....	.....	

## Événements indésirables d'origine immunologique entre les cycles :

• Pneumopathie	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 < 3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT entre 3 et 5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT entre 3 et 20 <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 supérieur <input type="checkbox"/> Créatinine > 3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieur			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie (prise de poids, constipation, dépression ...) ou hyperthyroïdie (irritabilité, anxiété, perte de poids, ...) <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 abdominales, hypotension, ...) <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 : .....			
• Autre : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Précisez : .....	

**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 l'immunothérapie :

Oui

Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :