



# Fiche validation de la thérapie ciblée PHESGO® SOUS-CUTANÉ

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
-------------	----------------	--------------

Protocole de thérapie ciblée : Trastuzumab - Pertuzumab (PHESGO®) – SÉNOLOGIE	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>			
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	<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	
• FEVG :	.....		
• Température (°C) : (facultatif)	.....		
• Tension artérielle (mmHg) : (facultatif)	.....		
• Poids (kg) (à J1) :	.....		

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>		<b>Actions :</b>
• 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	
• Réactions locales aux points d'injection	De type fièvre, frissons, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

<b>Critères de non-administration de la thérapie ciblée :</b>			
• 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, LA THÉRAPIE CIBLÉE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT

Accord pour l'administration de la thérapie ciblée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
--	---	----------------

Signature du médecin (et cachet) :	Signature de l'IDE :
------------------------------------	----------------------