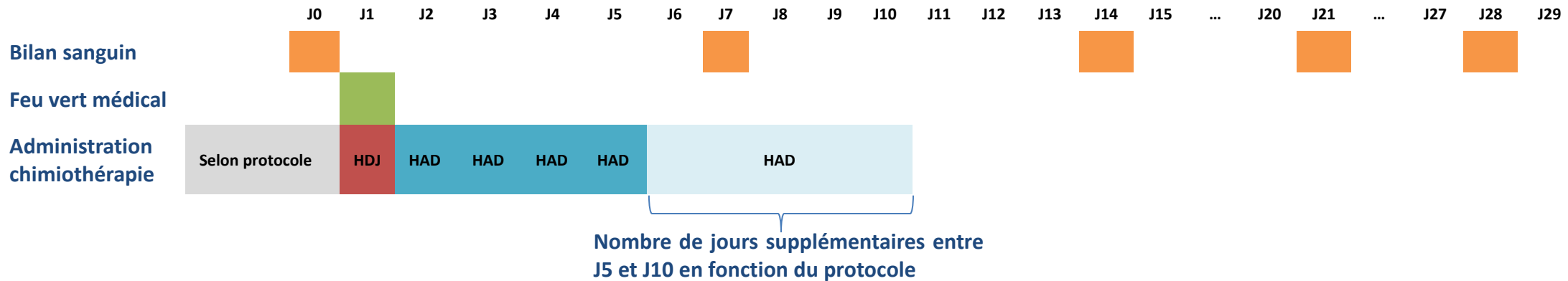


# PROTOCOLE CYTARABINE (ARACYTINE®) SOUS-CUTANE – HÉMATOLOGIE

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



## 1. Protocole de traitement :

- Cytarabine : 20 mg/m<sup>2</sup>, SC lente, pendant ..... jours, en ..... injection(s) par jour
  - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
  - **Alterner le site d'injection** (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'hématologue (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, CnJ..., CnJ..., CnJ..., CnJ..., CnJ...** selon protocole

## 2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin hebdomadaire : **C1J0, CnJ7, CnJ14, CnJ21 et CnJ28**
  - **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 et CnJ9**
- **Prise de température** avant chaque administration
- **Pesée du patient** à **CnJ1 UNIQUEMENT**

## 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 praticien 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
- Critères d'administration de la chimiothérapie :
  - Paramètres biologiques : en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire
  - Paramètres cliniques : score OMS < 3, température < 38°C, perte de poids < 10%, tension artérielle (TA) ≤ 150/100 mmHg

# Fiche validation de la chimiothérapie ARACYTINE® SOUS-CUTANÉ

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

Protocole de chimiothérapie : Cytarabine (ARACYTINE®) – HEMATOLOGIE	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>		<p><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</p>
• Score OMS (à J1 et J9) :	0 1 2 3 4	
• Température (°C) :	.....	
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	
• 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		
• Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> 1 épisode par 24h <input type="checkbox"/> 2 à 5 épisodes par 24h <input type="checkbox"/> ≥ 6 épisodes par 24h		
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses		
• Syndrome de la cytarabine	De type fièvre, douleurs osseuse et musculaire, douleurs thoraciques, éruption cutanée, nausées : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		

<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</b>				
• GB : .....	• A adapter en fonction du NADIR et de l'évaluation médullaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Score OMS ≥ 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• PNN : .....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Fièvre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes : .....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10 %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Uricémie ≥ 476 µmol/l ou > 25% par rapport à la valeur initiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Alimentation liquide/ulcération muqueuse buccale	<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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
Signature du médecin (et cachet) :		Signature de l'IDE :