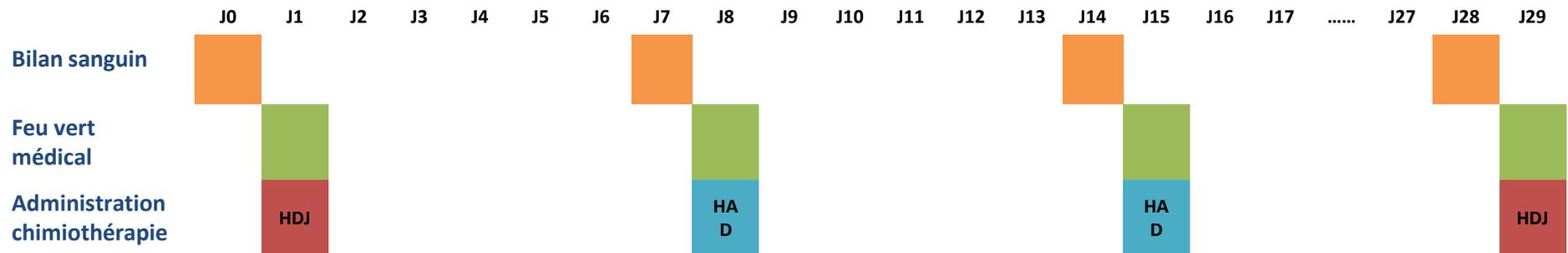


PROTOCOLE GEMCITABINE - Cycle > 1 – GASTRO-ENTÉROLOGIE (Pancréas)

Indication : *En monothérapie dans le traitement des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique*



1. Protocole de traitement :

- Gemcitabine : 1000 mg/m², IV 30 minutes
- Nombre de cycle prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J29 (soit, durée d'un cycle = 28 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : CnJ8, CnJ15

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0, CnJ7, CnJ14 et CnJ28**
- Le bilan sanguin doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Bilan MENSUEL des fonctions rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (bilirubine, enzymes hépatiques)

3. Bilan clinique :

- Détermination du score OMS AVANT chaque administration
- 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 pour les administrations en HDJ**
le médecin praticien de l'HAD en lien avec le **médecin traitant**
- 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

Fiche validation de la chimiothérapie GEMZAR®

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| Nom : | | Prénom : | | Date : | |
| Protocole de chimiothérapie : Gemcitabine (GEMZAR®) – Monothérapie – GASTRO-ENTEROLOGIE | | | | Cycle n° : | |
| J : | | | | | |
| Etat général : | | 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 : | 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 <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 heures | | | | |
| • Muqueuse buccale | <input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation liquide/ulcérations | <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses | <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations | | |
| • Fièvre | <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures | <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures | <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C | | |
| 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 | • Inflammation de la chambre implantable | <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) : | | | | | |