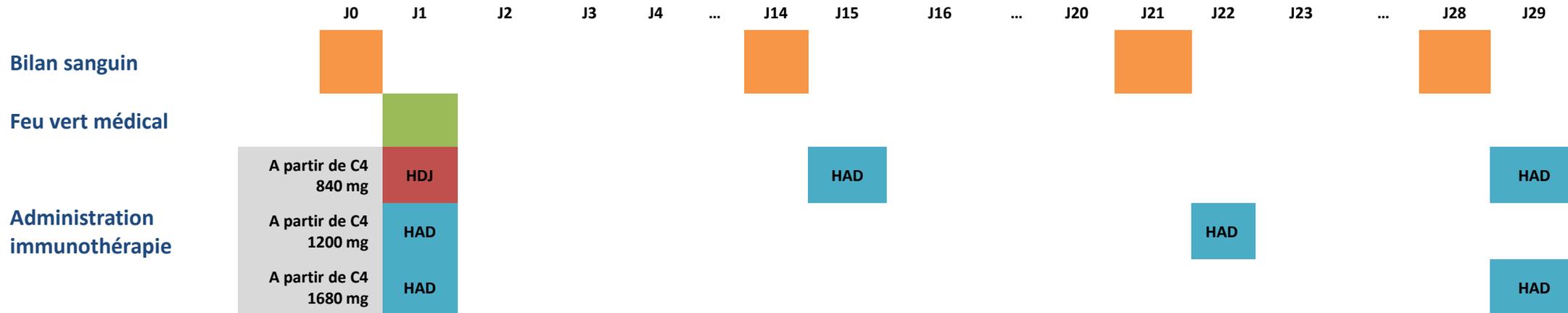


# PROTOCOLE ATEZOLIZUMAB (TECENTRIQ®) IV

**Indications :** *En monothérapie dans les cancers bronchiques non à petites cellules ou en phase d'entretien des cancers bronchiques à petites cellules (l'indication et la prescription du protocole sont de la responsabilité de l'oncologue)*



## 1. Protocole de traitement :

- Atezolizumab : **840 mg toutes les 2 semaines OU 1200 mg toutes les 3 semaines OU 1680 mg toutes les 4 semaines**, en perfusion IV de 30 minutes
- Stabilité de la préparation : 24 heures à ≤ 30 °C et 30 jours entre 2 °C et 8 °C
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : cycle de 14 jours ou 21 jours ou 28 jours selon le protocole
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD à **partir de C4** selon le choix de l'oncologue

## 2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un ionogramme complet,
- NFS et plaquettes
- Bilan rénal (créatininémie)
- Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine)
- Glycémie,
- Fonction thyroïdienne (TSH, T4L), cortisol à 8h

Toutes les 2 ou 3 ou 4 semaines en fonction du protocole

## 3. Bilan clinique :

- Surveillance des effets indésirables d'origine immunologique
- Surveillance des symptômes de réactions liées à l'injection (fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, ...)

## 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 praticien 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
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

# Fiche validation de l'immunothérapie TECENTRIQ®

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

Protocole d'immunothérapie : ATEZOLIZUMAB –	Cycle n° : .....	J : .....
---	------------------	-----------

<b>État général :</b>	<b>Performans status de l'OMS :</b>		
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation	
• Température (°C) :	.....	OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète	
• Tension artérielle (mmHg) :	.....	OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps	
• Fréquence respiratoire :	.....	OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps	
		OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence	

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

• Pneumopathie inflammatoire	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 > 1-3 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 3-5 N <input type="checkbox"/> ASAT ou ALAT > 5-20 N <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 supérieure <input type="checkbox"/> Créatinine >3 fois à la valeur de base ou > 3-6 fois la limite supérieure			
• Endocrinopathies	De type hypothyroïdie ou hyperthyroïdie <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 abdo, hypoTA, ralentissement) <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 : .....		• Précisez : .....	
• Autre : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**SI UN OUI EST COCHÉ, L'IMMUNOTHERAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.**

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

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