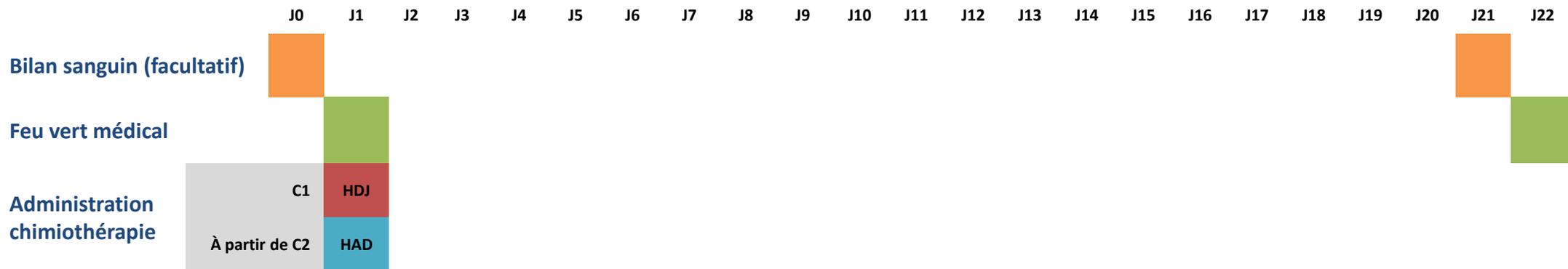


# PROTOCOLE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) INTRAVEINEUX – Traitement d’entretien - SÉNOLOGIE

**Indication :** Cancer du sein précoce en adjuvant HER2 positif (après une association à une chimiothérapie néoadjuvante)



## 1. Protocole de traitement :

- Trastuzumab : **6 mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines en perfusion IV de 30 minutes** (si dose de charge initiale bien tolérée)
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue (pendant 12 mois ou plus)
- Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d'un cycle = 21 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : **à partir de C2** (tolérance évaluée en HDJ à C1 et lors des consultations avec l'oncologue)

## 2. Bilan sanguin :

- Le **bilan sanguin est facultatif en fonction de la situation clinique** et des **traitements associés**
- **Si nécessaire**, réalisation d'un bilan sanguin complémentaire : **CnJ0**

## 3. Bilan clinique :

- Avis cardiologique avant le début du traitement (examen clinique, ECG, échocardiogramme et/ou scintigraphie cardiaque ou IRM)
- **ECG et échographie cardiaque ou fraction d'éjection isotopique (FES) : avant l'instauration du traitement puis tous les 3 mois** (par cardiologue de ville, filière Picaro par ex.)

## 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 :** 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 la chimiothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD  
surveillance du bon fonctionnement du cathéter veineux central (état cutané, reflux veineux présent, absence de douleur à l'injection, ...)
- Surveillance pendant 2 heures après le début de la perfusion

# Fiche validation de la chimiothérapie HERCEPTIN® INTRAVEINEUX

Nom : .....	Prénom : .....	Date : .....
Protocole de chimiothérapie : Trastuzumab (HERCEPTIN®) IV – traitement d’entretien – SÉNOLOGIE		Cycle n° : ..... J : .....

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

<b>Événements indésirables entre les cycles :</b>	<b>Actions :</b>									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">• Fièvre ou épisode infectieux</td> <td style="width: 65%;"> <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 &gt; 40°C pendant moins de 24 heures    <input type="checkbox"/> Température &gt; 40°C pendant plus de 24 heures         </td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>• Réactions liées à la perfusion</td> <td>De type fièvre, dyspnée hypotension ou hypertension, urticaire, troubles respiratoires : <input type="checkbox"/> Absence                      <input type="checkbox"/> Présence</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Effets indésirables cardiaques</td> <td>De type hypotension ou hypertension, tachycardie, palpitations, difficultés respiratoires, œdème des membres : <input type="checkbox"/> Absence                      <input type="checkbox"/> Présence</td> <td></td> </tr> </table>	• 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 liées à la perfusion	De type fièvre, dyspnée hypotension ou hypertension, urticaire, troubles respiratoires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		• Effets indésirables cardiaques	De type hypotension ou hypertension, tachycardie, palpitations, difficultés respiratoires, œdème des membres : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
• 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 liées à la perfusion	De type fièvre, dyspnée hypotension ou hypertension, urticaire, troubles respiratoires : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence									
• Effets indésirables cardiaques	De type hypotension ou hypertension, tachycardie, palpitations, difficultés respiratoires, œdème des membres : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence									

<b>Critères de non-administration de la chimiothérapie :</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 : .....	

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 :