

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 = J57 (soit, durée d'un cycle = 56 jours)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : C1J8, C1J15, C1J22, C1J36, C1J43

2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'un bilan sanguin : **C1J0, C1J7, C1J14, C1J21, C1J28, C1J35, C1J42 et C1J56**
- 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 **C1J1, C1J29 et C1J57**

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 coordonnateur 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-ENTÉROLOGIE		Cycle n° : 1	J :
État général :		Données cliniques cycle précédent :	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, J29, J57) :	
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		<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> Alimentation normale/douleur <input type="checkbox"/> Alimentation modifiée/douleur/ulcérations Alimentation liquide/ulcérations <input type="checkbox"/> Alimentation impossible/ulcérations avec nécroses		<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre	<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 Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures		<input type="checkbox"/> ttt prescrit
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
• PNN < 1500/mm ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Perte de poids ≥ 10%	<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
		• Tension artérielle > 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		• Alimentation liquide/ulcération de la muqueuse buccale	<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 :

Oui

Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :