

## Bortezomib (Velcade®)

### 1) Modalités de conservation :

→ Selon les données de l'étiquette de la préparation

### 2) Critères OK IDEL à domicile le jour de l'administration :

→ Constantes et température

### 3) Modalités de manipulation avant administration :

→ Vérifier l'absence de particules et d'un changement de couleur (solution claire et incolore) avant l'administration

### 4) Modalités d'administration et surveillance :

→ Par voie sous-cutanée (angle de 45-90°) dans les cuisses ou dans l'abdomen. Les sites d'injection doivent être alternés entre chaque injection successive.

#### Vérification du colis :

- Etat général, scellés et température
- Contrôle du matériel et des médicaments de prémédication
- Contrôle des kits d'urgence/allergie/exposition
- Contrôle de l'identito-vigilance

iAIVQ : interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne

iAVQ : interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

# Bortezomib

➤ **Recueil des toxicités entre les cycles et critères de validation :**

• <b>Nausée, Vomissements</b>	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G1 : 1-2 épisodes (espacés de 5mn)/j <input type="checkbox"/> G2 : 3-5 épisodes (espacés de 5mn)/j, diminution prises alimentaires sans perte significative de poids <input type="checkbox"/> G3 : ≥ 6 épisodes (espacés de 5mn)/j, nécessite une sonde entérale ou alimentation parentérale ou hospitalisation	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Mucite, stomatite</b>	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> G2 : douleur modérée, érythème, ulcération non confluyente, alimentation solide possible <input type="checkbox"/> G3 : douleur sévère, érythème diffus, ulcérations confluentes, alimentation liquide	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Fièvre</b>	<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 h <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 h	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Autre</b>		

➤ **Données cliniques :**

Score OMS ≤ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Absence d'ulcération muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids kg		TA ≤ 150/100 mm Hg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte de poids < 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Absence d'hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Température < 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Absence de douleurs neuropathiques/ Neuropathies périphériques de grade 1 avec douleur ou grade 2 et plus <input type="checkbox"/> G1 : perte des réflexes ostéo-tendineux ou paresthésie sans douleur ou sans perte de fonction <input type="checkbox"/> G2 : symptômes modérés, iAVQ <input type="checkbox"/> G3 : symptômes sévères, iAVQ		Grade :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence de toxicité non hématologique de G ≥ 3 (diarrhées, constipations, nausées, vomissements, dyspnée, fatigue, douleurs/crampes musculaires...)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser : .....			

**Si un « Non » est coché :  
 contacter le médecin  
 prescripteur hospitalier référent**

**OK clinique :**

➤ **Bilan biologique et critères de validation :**

PNN > 1,5 x 10 <sup>9</sup> /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cl Créatinine > 20ml/mn	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plaquettes > 100 x 10 <sup>9</sup> /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bilirubine totale ≤ 1,5 LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hb ≥ 8 g/dL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre :	

**OK biologique :**

**Si un « Non » est coché : contacter le médecin prescripteur hospitalier référent**

<p><b>Accord pour l'administration de la chimiothérapie</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><i>(A remplir si non accès au logiciel de chimiothérapie)</i></p>	<p><b>Nom et signature :</b></p>
--	----------------------------------