

## Daratumumab SC (Darzalex®)

### 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 :

→ Solution limpide à opalescente, incolore à jaune. Ne pas utiliser en présence de particules opaques, de changement de couleur ou d'autres particules étrangères

→ Pour éviter le colmatage de l'aiguille, fixer l'aiguille SC ou le kit de perfusion sous-cutanée à la seringue immédiatement avant l'injection

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

→ En injection SC de 3 à 5 minutes exclusivement dans l'abdomen à 7,5 cm du nombril environ

Alterner les sites d'injection à droite et à gauche d'une fois à l'autre

Ne pas injecter dans des zones où la peau est rouge, contusionnée, sensible, indurée, ou dans les zones portant des cicatrices

→ Arrêter ou ralentir le débit si le patient ressent de la douleur. Si la douleur n'est pas atténuée en ralentissant l'injection, un deuxième site d'injection peut être choisi de l'autre côté de l'abdomen pour administrer le reste de la dose

Ne pas administrer d'autres médicaments par voie SC sur le même site que celui utilisé pour Daratumumab

→ Surveillance : signes et symptômes de réactions liées à l'administration. Ils peuvent inclure des symptômes respiratoires, tels que congestion nasale, toux, irritation de la gorge, rhinite allergique, respiration sifflante, ainsi que fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, nausées et hypotension. Des réactions sévères sont survenues, notamment bronchospasme, hypoxie, dyspnée, hypertension et tachycardie.

#### 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

# Daratumumab SC (Darzalex®)

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

|                                 |  |                                       |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| • Réactions liées à l'injection | Fièvre, douleur thoracique, prurit, frissons, vomissements, hypotension, toux<br><input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence  | <input type="checkbox"/> ttt prescrit |
| • Fièvre                        | <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> T° comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> T° comprise entre 39°C et 40°C<br><input type="checkbox"/> T° > 40°C pendant moins de 24 h <input type="checkbox"/> T° > 40°C pendant plus de 24 h | <input type="checkbox"/> ttt prescrit |
| • Autre                         |  |                                       |

## ➤ Données cliniques :

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Score OMS ≤ 2                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Poids kg<br>Perte de poids < 10% | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Température < 38°C               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| TA ≤ 150/100 mmHg                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre                            |   |

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

OK clinique :

## ➤ Bilan biologique et critères de validation :

|   |   |
|---|---|
| PNN > 0.7 x 10 <sup>9</sup> /L  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non           |
| Hb ≥ 9 g/dL   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non           |
| Plaquettes > 75 x 10 <sup>9</sup> /L  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non           |
| Sérologie initiale VHB  | <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative |
| <b>Si sérologie positive, surveillance des signes de réactivation et nouvelle administration si réactivation correctement contrôlée</b> |   |

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

OK biologique :

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