

Nivolumab

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'aspect de la préparation : solution claire à opalescente, incolore pouvant contenir quelques particules légères

4) Modalités d'administration et surveillance (selon RCP)

→ Administration avec un filtre stérile de 0,2 à 1,2 µm.

→ Perfusion IV : 30 mn pour la dose de 240 mg

1h pour la dose de 480 mg

→ Surveillance de l'apparition de réactions liées à la perfusion : température, pouls, tension, apparition d'un œdème

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'identité-vigilance

iAIVQ : interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne

iAVQ : interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

Nivolumab

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

• Dyspnée	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> G2 : essoufflement lors d'un effort minime, iAVQ	<input type="checkbox"/> G3 : essoufflement au repos, iAVQ
• Toux	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> G2 : symptômes modérés nécessitant un ttt médical, iAVQ	<input type="checkbox"/> G3 : symptômes sévères, iAVQ
• Colite/diarrhées	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> G1 : ≤ 4 selles liquides/j de plus qu'avant début ttt	<input type="checkbox"/> G2 : 4 à 6 selles liquides/j de plus qu'avant début ttt
	<input type="checkbox"/> G3 : ≥ 7 selles liquides/j de plus qu'avant début ttt	Sang ou mucus dans les selles <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
• Effets cutanés	Eruption, folliculite : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G≥ 3 (couvrant>30% surface cutanée, iAVQ)		
	Syndrome de Stevens-Johnson ou de Lyell : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
• Endocrinopathie	De type hypothyroïdie (prise de poids, constipation, fatigue...) ou hyperthyroïdie (perte de poids, irritabilité, insomnie...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G2 ou 3 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec G4 -> Arrêt	De type hypophysite (maux de tête, vision double...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G2 ou 3 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec G4 -> Arrêt	De type insuffisance surrénalienne (hypotension, nausées, hyponatrémie, hyperkaliémie...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G2 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec G3 ou 4 -> Arrêt
	De type diabète (hyperglycémie, polyurie, polydipsie) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade 3 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec grade 4 -> Arrêt		
• Myocardite	Douleur thoracique, palpitations <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : symptomatique lors effort modéré, iAVQ-> Suspension <input type="checkbox"/> G3 : symptomatique au repos, iAVQ -> Arrêt		
• Autres effets indésirables origine immunologique	A préciser : <input type="checkbox"/> G3, première apparition -> Suspension <input type="checkbox"/> G3 récidivant ou G4 -> Arrêt <input type="checkbox"/> G2 ou 3 persistant malgré une modification de ttt ; impossibilité de réduire la dose de corticoïdes à 10 mg/j prednisone ou équivalent -> Arrêt		

➤ **Données cliniques :**

Score OMS ≤ 2 et stable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OMS :	T° < 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids kg			TA ≤ 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte de poids < 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autres :	

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

OK clinique :

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

• Créatinine ≤ 2 fois la valeur de base	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• ASAT ou ALAT ≤ 3 LNS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Bilirubine ≤ 1.5 LNS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

OK biologique :

Accord pour l'administration de la chimiothérapie Oui Non
(A remplir si non accès au logiciel de chimiothérapie)

Nom et signature :