

Pembrolizumab (Keytruda®)

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

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

→ Perfusion sur une durée de 30 minutes, ne pas administrer en injection rapide ou en bolus.

→ 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

Pembrolizumab

➤ **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
• Colites	Douleurs abdominales, mucus ou sang dans les selles, diarrhées <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence G2 ou 3 -> suspension <input type="checkbox"/> G4 ou 3 récurrent -> arrêt		
• Effets cutanés	Eruption, folliculite : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G≥ 3 (couvrant>30% surface cutanée, iAVQ) -> suspendre <input type="checkbox"/> G4 -> arrêt Suspicion syndrome de Stevens-Johnson ou nécrolyse épidermique toxique : suspendre et attendre confirmation		
• Endocrinopathie	Hypothyroïdie (prise de poids, constipation, fatigue...), qui peut être prise en charge par traitement hormonal substitutif sans interruption de traitement OU Hyperthyroïdie (perte de poids, irritabilité, insomnie...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G3 -> suspension	De type hypophysite (maux de tête, troubles de la vue, étourdissement...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G2 ou 3 -> Suspension	De type insuffisance surrénalienne (hypotension, troubles digestifs, douleurs musculaires, hyponatrémie, hyperkaliémie...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G2 ou 3 -> Suspension
• 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		
• Réactions liées à la perfusion	Bouffées congestives, rash, fièvre médicamenteuse ne cédant pas à un traitement symptomatique <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec G3 ou 4 -> Arrêt		
• Autres effets indésirables origine immunologique	Ex : hépatite, nausées, vomissements, perte d'appétit, inflammation des yeux, inflammation des muscles <input type="checkbox"/> G2 ou G3 première apparition -> suspension <input type="checkbox"/> G3 récidivant ou G 4 -> 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 mm Hg	<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 ≤ 1,5 fois LSN ou 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom et signature :
(A remplir si non accès au logiciel de chimiothérapie)		