

## Eribuline

### 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, poche NaCl 0,9% 50 à 100ml

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

→ Perfusion intraveineuse de 2 à 5 minutes

#### Vérification du colis :

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

# Eribuline

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

• <b>Constipation</b>	<input type="checkbox"/> Occasionnel, intermittent <input type="checkbox"/> G2 : persistant avec utilisation régulière de laxatifs ou lavements (iAVQ) <input type="checkbox"/> G3 : constipation opiniâtre avec nécessité d'évacuation manuelle (iAVQ)	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Diarrhée</b>	<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 de ttt	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Nausée, vomissement</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>Dyspnée</b> • <b>Toux</b>	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : essoufflement lors d'un effort minime (iAVQ) <input type="checkbox"/> G3 : essoufflement au repos (iAVQ) <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> G2 : symptômes modérés nécessitant un ttt médical (iAVQ) <input type="checkbox"/> G3 : symptômes sévères (iAVQ)	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Toxicité hématologique</b>	<input type="checkbox"/> PNN < 0,5 x 10 <sup>9</sup> /l persistant + de 7 jours <input type="checkbox"/> PNN < 1 x 10 <sup>9</sup> /l et fièvre ou infection <input type="checkbox"/> Plaquettes < 25 x 10 <sup>9</sup> /l, thrombopénie <input type="checkbox"/> Plaquettes < 50 x 10 <sup>9</sup> /l, thrombopénie et hémorragie ou transfusion sang / plaquettes	<input type="checkbox"/> réduction dose
• <b>Neuropathie périphérique</b>	<input type="checkbox"/> Absence ou asymptomatique <input type="checkbox"/> G2 : douleur modérée, iAVQ <input type="checkbox"/> G3 : douleur sévère, iAVQ	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Arthralgies, myalgies</b>	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : douleur modérée, iAVQ <input type="checkbox"/> G3 : : douleur sévère, iAVQ	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Fatigue, asthénie</b>	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G 1-2 : iAVQ <input type="checkbox"/> G ≥ 3 : iAVQ : suspendre	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Toxicité cutanée</b>	Rash, prurit <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G1 : ≤ 10% SC <input type="checkbox"/> G2 : 10 à 30% SC <input type="checkbox"/> G3 : > 30% SC	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• <b>Autre</b>		<input type="checkbox"/> ttt prescrit

➤ **Données cliniques :**

Score OMS ≤ 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non OMS : .....	Température < 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids kg Perte de poids < 10%	<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**

**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	ASAT et ALAT ≤ 3 LNS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plaquettes ≥ 100 x 10 <sup>9</sup> /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Kaliémie : 3,5 – 5,5 mmol/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilirubine totale ≤ 1,5 LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Magnésémie : 0,7 – 1,05 mmol/L	<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

**Nom et signature :**

(A remplir si non accès au logiciel de chimiothérapie)