

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) 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

A contrôler :

- Colis : état général, scellés et température
- Matériel et médicaments de prémédication
- Kits d'urgence/allergie/exposition/extravasation
- Identito-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, iAIVQ	<input type="checkbox"/> G3 : essoufflement au repos, iAVQ
• Toux	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> G2 : symptômes modérés nécessitant un ttt médical, iAIVQ	<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...)	De type hypophysite (maux de tête, vision double...)	De type insuffisance surrénalienne (hypotension, nausées, hyponatrémie, hyperkaliémie...)
	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Absence
	<input type="checkbox"/> Présence avec G2 ou 3 -> Suspension	<input type="checkbox"/> Présence avec G2 ou 3 -> Suspension	<input type="checkbox"/> Présence avec G2 -> Suspension
	<input type="checkbox"/> Présence avec G4 -> Arrêt	<input type="checkbox"/> Présence avec G4 -> Arrêt	<input type="checkbox"/> Présence avec G3 ou 4 -> Arrêt
• Myocardite	Douleur thoracique, palpitations	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> G2 : symptomatique lors effort modéré, iAIVQ-> 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 :