

Pemetrexed

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 :

→ Solution limpide, poche NaCl 0,9% 100ml. Ne pas administrer si des particules sont présentes.

4) Modalités d'administration et surveillance :

→ Perfusion intraveineuse de 10 minutes

5) Prémédication :

→ Spécifique au pemetrexed (corticoïde, acide folique, vitamine B12) : voir le protocole d'administration/plan de soins

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

Pemetrexed

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

• Mucite/stomatite	<input type="checkbox"/> Muqueuse normale <input type="checkbox"/> G2 : douleur modérée, érythème, ulcération non confluentes, alimentation solide possible <input type="checkbox"/> G3 : douleur sévère, érythème diffus, ulcérations confluentes, alimentation liquide	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Diarrhée	<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
• Nausées, vomissements	<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
• Toxicité cutanée	Eruption cutanée, exfoliation cutanée, prurit <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : <30% surface cutanée, iAVQ <input type="checkbox"/> G3 : >30% surface cutanée, iAVQ	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Infection	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : localisée, nécessitant un ttt local ou oral <input type="checkbox"/> G3 : nécessitant un traitement IV	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : symptomatique, si effort léger à modéré <input type="checkbox"/> G3 : Sévère, symptomatique au repos ou si effort minime	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Affections respiratoires (pneumopathie interstitielle)	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : ttt médical, iAVQ <input type="checkbox"/> G3 : Symptômes sévères, iAVQ	
• Neuropathies périphériques	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> G2 : douleur modérée, iAVQ <input type="checkbox"/> G3 : douleur sévère, iAVQ	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Toxicité oculaire	Conjonctivite, sécheresse oculaire, hypersécrétion lacrymale <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Autre		

➤ **Données cliniques :**

Score OMS ≤ 2 et stable	<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

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

OK clinique :

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

PNN ≥ 1,5 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plaquettes ≥ 100 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Clairance créatinine > 45mL/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilirubine totale ≤ 1,5 LSN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PAL, ASAT et ALAT ≤ 3 LNS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si M+ hépatiques : ASAT et ALAT ≤ 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 :