

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

Poids réel : _____ (kg) Poids maigre : _____ (kg)

Poids de dosage : _____ (kg) Taille : _____ (cm)

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

ALEMTUZUMAB sous-cutané (Leucémie lymphoïde chronique)

Hospitalisé

Externe

Durée approximative : **1,5 h**

Fréquence d'administration : **3 fois par semaine ad 18 semaines maximum**

Sem. : _____ Jour : _____ à débiter le : _____

A. PRÉMÉDICATION

- D'EMBLÉE lors de la 1^{re} semaine (semaine # 1) OU si réaction allergique à la semaine 1
 - Atasol 650 mg PO 30 minutes avant le début de l'Alemtuzumab (Campath[®])
 - Benadryl 50 mg IV en 15 min, 30 minutes avant l'Alemtuzumab (Campath[®])
- D'EMBLÉE lors de toutes les doses subséquentes (semaine 2 et les suivantes)
(si aucune réaction allergique à la semaine cycle 1)
 - Atasol 650 mg PO 30 minutes avant le début de l'Alemtuzumab (Campath[®])
 - Benadryl 50 mg PO 30 minutes avant l'Alemtuzumab (Campath[®])
- Appliquer de la glace sur le site d'injection 15 minutes AVANT l'injection et 15 minutes APRÈS l'injection

B. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- AUCUN traitement antiémétique n'est requis D'EMBLÉE.**
- Si intolérance digestive** pendant les jours de chimiothérapie, considérer :
 - Maxeran[®] _____ mg
OU
 - Kytril[®] 1 mg IV en 15 min, 30 min avant le début de la chimiothérapie.
AVEC
 - Decadron[®] _____ mg
- Ativan[®] _____ mg SL avant la chimiothérapie.

C. CHIMIOTHÉRAPIE

DOSE INITIALE : Semaine # 1 (ou si traitement suspendu pour plus de 7 jours)

Jour 1, le _____

Alemtuzumab (Campath[®]) 3 mg SC préféablement a/n de l'abdomen x 1 dose

C. CHIMIOTHÉRAPIE (suite)

Jour 3, le _____

Alemtuzumab (Campath®) 10 mg SC préféablement a/n de l'abdomen x 1 dose.

Si dose de 3 mg mal tolérée : 3 mg SC x 1 dose

Jour 5, le _____

Alemtuzumab (Campath®) 30 mg SC x 1 dose.

Si dose précédente mal tolérée : 3 mg SC x 1 dose

10 mg SC x 1 dose

DOSE D'ENTRETIEN : Semaine # _____ * Maximum 90 mg par semaine *****

Alemtuzumab (Campath®) 30 mg SC préféablement a/n de l'abdomen x 1 dose 3 fois par semaine.

Si dose précédente mal tolérée : 3 mg SC x 1 dose

10 mg SC x 1 dose

Jour 1, le _____

Jour 2, le _____

Jour 3, le _____

D. SURVEILLANCE INFIRMIÈRE

- **Garder au chevet** : une fiole de Benadryl®, de Solu-Cortef® et une ampoule d'adrénaline 1 : 1000 (1 mg/ml) pendant l'administration de l'Alemtuzumab (Campath®)
- Pouls et T.A. avant de débiter l'Alemtuzumab (Campath®), et au besoin par la suite
- **Si réaction liée à l'administration** : fièvre, frissons, dyspnée, hypotension, hypertension, tachycardie, douleur thoracique, dorsalgie, œdème du visage, éruptions cutanées, prurit, nausées : • **Aviser le médecin**
- **Si réaction allergique** : • **Aviser le médecin**
- **Garder le patient sous observation**, pendant une heure après la fin du premier traitement, et jusqu'à ce que 3 doses de 30 mg aient été administrées sans réaction

E. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

- **Stemetil®** 10 à 20 mg PO ou IR q 4-6 h si nausées ou vomissements.

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

Decadron® _____ mg PO bid X _____ jours, à débiter au Jour _____.

Gravol® 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements.

Kytril® _____ mg PO id q 24 h X _____ jours, à débiter au Jour _____.

Motilium® 10 mg PO tid, soit ½ h à 1 h ac.

F. AUTRES

- **Bactrim DS** 1 co PO bid 3 fois /semaine les lundi, mercredi et vendredi.

- **Famvir** 250 mg 1 co PO bid.

- **Atasol** 325 mg 1-2 co PO q 4-6 h prn si fièvre.

*Poursuivre la prophylaxie anti-infectieuse au moins 2 mois après l'administration de la dernière dose ou jusqu'à ce que le nombre de CD4 soit $\geq 200 /\mu\text{L}$

Diflucan® 50 mg PO id (si histoire d'infection fongique).

Zyloprim® _____ mg PO id x _____ sem.

Neupogen® _____ μg SC id x _____ jours, à débiter au Jour _____.

Médecin

Pharmacien

Date