

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

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

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

BENDAMUSTINE

- Leucémie lymphoïde chronique en 1^{ère} ligne de traitement
- Leucémie lymphoïde chronique récidivante ou réfractaire
- Lymphome non hodgkinien indolent récidivant ou réfractaire

ATTENTION : Administrer le Rituximab (Rituxan[®]) au Jour 0.

Durée approximative : 2h

Fréquence d'administration : q 4 sem. X 6 cycles

Cycle : _____ à débuter le : _____

Surface corporelle : _____m²

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- **Kytril[®]** 1 mg + **Decadron[®]** 10 mg IV en 15 min, 30 min avant le début de la chimiothérapie.
- Ativan[®]** _____mg SL avant la chimiothérapie.

B. CHIMIOTHÉRAPIE

Jour 1 à 2, du _____ au _____

1) **Bendamustine** (Treanda[®]) _____mg dans 500 ml NaCl 0,9 % IV à 500 ml/h (i.e. 1 h) (pour [] finale de 0.2 à 0.6mg/ml) :

- 90 mg/m², débiter à 70 mg/ m² chez les patients « non-fits » (**combiné au Rituxan[®] -LLC en première ligne**)
- 70 mg/m², débiter à 50 mg/ m² chez les patients « non-fits », augmenter à 90 mg/m² si bien toléré
(combiné au Rituxan[®] -LLC réfractaire)
- 90 mg/m² (**combiné au Rituxan[®] -LNH réfractaire**)

C. 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 la bendamustine (Treanda®).
- Pouls et T.A. avant de débiter la bendamustine (Treanda®) et au besoin par la suite.
- Aviser le médecin si pouls < 60 et/ou ↓ T.A. significative.
- **Si réaction allergique** :
 - Cesser la perfusion
 - Aviser le médecin

D. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

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

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

- Gravol®** 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements.
- Motilium®** 10 mg PO tid, soit ½ h à 1 h ac.
- Decadron®** _____ mg PO bid x _____ jours, à débiter au Jour 3.

E. AUTRES

- Zyloprim®** 300 mg PO id X _____ mois.
- Neupogen®** _____ µg SC id x _____ jours, à débiter au Jour _____.

Médecin

Pharmacien

Date