

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

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

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

CARBOPLATINE - DOXORUBICINE LIPOSOMALE

(Cancer avancé récurrent de l'ovaire)

Durée approximative : **2,5 h (1^{er} traitement)**

Hospitalisée

2 h (traitements suivants)

Externe

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

Surface corporelle : _____m²

Cycle : _____ à débiter le _____

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE / PRÉMÉDICATION (dexaméthasone : concernant le syndrome d'érythrodysesthésie palmo-plantaire de la doxorubicine liposomale)

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

B. CHIMIOTHÉRAPIE

La doxorubicine liposomale est administrée à la Clinique d'hémo-oncologie.

1) Doxorubicine liposomale (Caelyx[®]) _____mg (30 mg/m²) dans 250 ml D5 % IV :

- Cycle 1** : pendant 1,5 h au débit suivant : 50 ml/h X 15 min, 100 ml/h X 15 min, puis 200 ml/h jusqu'à la fin de la perfusion.
- Cycle 2 et cycles suivants, si absence de réaction au Cycle 1** : IV à 250 ml/h (i. e. en 1 h).

Remarque : jusqu'à ce jour-ci inclusivement,

dose cumulative de doxorubicine reçue = _____mg, i. e. _____mg/m²

soit _____% de la dose maximale totale (DMT) de _____mg calculée

à _____mg/m².

B. CHIMIOTHÉRAPIE (suite)

2) **Carboplatine** (Paraplatin®) _____ mg (**ASC = 5**)* dans 250 ml D5 % IV à 500 ml/h (i. e. en 0,5 h).

* Sert uniquement à calculer la dose de départ. Les ajustements de dose se font en tenant compte de la toxicité hématologique (neutrophiles et plaquettes). Contacter l'hématologue traitant en présence de :

- 1) Plaquettes < $100 \times 10^9/L$ et/ou neutrophiles < $1,5 \times 10^9/L$;
- 2) Créatinine > normale, chez un patient dont la créatinine était normale au départ;
- 3) Créatinine normalisée chez un patient dont la créatinine était > normale au départ.

Calcul de la dose de départ du carboplatine :

a) **Créatinine sérique** servant au calcul de la dose de départ au cycle 1 = _____ $\mu\text{mol/L}$ le _____ date

b) **Cl_{cr} estimée (ml/min)*** : $\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)**}}{\text{Cr}_s \times 49} \times 60$ lorsque fonction rénale stable.
Si Cl_{cr} < 30 ml/min : → contacter hémato-oncologue.

Cl_{cr} estimée = _____ ml/min (Cl_{cr} maximum 125 ml/min)

c) **Dose de carboplatine** = ASC visée X (Cl_{cr} (ml/min) + 25)

* Sexe : F X 0,85

** Standard et maigre : poids réel Obèse : poids de calcul (dosage)

C. SURVEILLANCE INFIRMIÈRE (concernant le traitement de doxorubicine liposomale)

- **Garder au chevet** : une fiole de Benadryl®, de Decadron® et une ampoule d'adrénaline 1 : 1000 (1 mg/ml) pendant l'administration de la doxorubicine liposomale (Caelyx®).
- Pours et T.A. avant de débiter la doxorubicine liposomale (Caelyx®), et au besoin par la suite.
- **Si réaction liée à la perfusion** : fièvre, frissons, dyspnée, hypotension, hypertension, tachycardie, douleur thoracique, dorsalgie, œdème du visage, éruptions cutanées, prurit, nausées :
 - Cesser la perfusion
 - Aviser le médecin
 - Lorsque amélioration clinique des symptômes, reprendre la perfusion à 50 % du débit utilisé au moment de la réaction
- **Si réaction allergique** :
 - Cesser la perfusion
 - Aviser le médecin
- **Garder la patiente sous observation**, pendant une heure après la fin du premier traitement, et au besoin lors des traitements subséquents s'il y a eu réaction au premier traitement.

D. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

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

Autres (pour ajustement du traitement antinauséux) :

- 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.

E. AUTRES

- **Uremol®** 10 % crème : application topique aux mains et pieds bid à tid.

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

Médecin

Pharmacien

Date