

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

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

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

CHOP

(Lymphome non hodgkinien)

ATTENTION : Si Rituximab (Rituxan®) est associé au protocole CHOP, administrer le Rituximab en premier.

Durée approximative : **1,5 h**

Hospitalisé

Externe

Fréquence d'administration : **q 3 sem.**

X 3-4 cycles puis RT (si stade limité)

X 6-8 cycles (si stade avancé)

Cycle : _____ à débiter le : _____

Surface corporelle : _____ m²

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

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

Ativan® _____ mg SL avant la chimiothérapie.

B. CHIMIOTHÉRAPIE

- Doxorubicine (Adriamycin®) _____ mg (50 mg/m²) IV lentement par la tubulure.

Remarque : jusqu'à ce jour inclusivement,

dose cumulative de doxorubicine reçue = _____ mg i. e. _____ mg/m²

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

_____ mg/m².

- Vincristine (Oncovin®) _____ mg (1,4 mg/m² → max. 2 mg) ad 20 ml NaCl 0,9 % IV en 5 à 10 min par la tubulure.
- Cyclophosphamide (Procytox®) _____ mg (750 mg/m²) dans 250 ml NaCl 0,9 % IV à 500 ml/h i. e. en 0,5 h).
- Prednisone 100 mg PO id (au déjeuner) X 5 jours, Jours 1 à 5.

ATTENTION : Si Rituximab (Rituxan®) est associé au protocole CHOP,

1. **Au cycle #1 :** le Jour 1 de Prednisone du CHOP débute avec le CHOP qui se donne le lendemain du premier Rituximab (Rituxan®).
2. **Au cycle #2 et cycles suivants :** le Jour 1 de Prednisone du CHOP est administré sur place en clinique 1 heure avant le Rituximab (Rituxan®). Se référer à la feuille de protocole du Rituximab (Rituxan®).

C. 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.
- 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.

D. AUTRES

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

**** Ajouter d'emblée pour patient ≥ 65 ans ****

- Zylprim® 300 mg PO id X _____ mois.

Médecin

Pharmacien

Date