

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

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

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

FLUOROURACILE – ACIDE FOLINIQUE (en bolus IV X 5 j) (Mayo)

- Traitement **adjuvant** du cancer du **côlon**, stade II à haut risque ou III si contre-indication au FOLFOX
- Traitement **postopératoire** du cancer du **rectum**, stades II et III, la chirurgie ayant été **précédée d'un traitement néoadjuvant** de 5-FU perf. IV continue avec radiothérapie concomitante

Durée approximative : **0,25 h**

Hospitalisé

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

Externe

q 4 sem x 4 cycles (rectum)

Cycle : _____ à débiter le : _____

Surface corporelle : _____ m²

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- AUCUN** traitement antiémétique n'est requis **D'EMBLÉE**.
- Si intolérance digestive** pendant les jours de chimiothérapie, considérer :
 - Maxeran**[®] _____ mg
 - OU**
 - Kytril**[®] 1mg —————> IV en 15 min, 30 min avant le début de la chimiothérapie
(Jours 1 à 5).
 - AVEC**
 - Decadron**[®] _____ mg
- Ativan**[®] _____ mg SL avant la chimiothérapie (**Jours 1 à 5**).

Jour 1 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 2 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 3 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 4 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 5 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

B. CHIMIOTHÉRAPIE

Jours 1 à 5, du _____ au _____

1) **Acide folinique** (Leucovorin®) _____ mg (20 mg/m²) IV en 2 min, **immédiatement avant le 5-Fluorouracile.**

Jour 1 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 2 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 3 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 4 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 5 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

2) **5-Fluorouracile** _____ mg (425 mg/m²) IV lentement par la tubulure.

En prévention des mucosites et de l'altération du goût : croquettes de glace « ice chips » X 10 min avant le bolus de 5-FU, pendant le bolus et X 10 min suivant le bolus. Répéter au besoin à domicile.

En prévention du larmoiement : application de glace sur les paupières X 10 min avant le bolus de 5-FU, pendant le bolus, et X 10 min suivant le bolus. Répéter au besoin à domicile.

Jour 1 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 2 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 3 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 4 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Jour 5 : Date/heure : _____ Infirmière : _____

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.

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

D. AUTRES

- **Imodium**® 2 mg. Si diarrhée : 2 co. immédiatement, puis 1 co. après chaque selle diarrhéique (max. 8 co./jour).

Médecin

Pharmacien

Date