

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

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

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

OBINUTUZUMAB

(Leucémie lymphoïde chronique 1^{re} intention – en association avec le chlorambucil)

PRÉCAUTIONS

Prévention de la lyse tumorale (lymphocytes $> 25 \times 10^9$ et/ou maladie bulky) :

- assurer une bonne hydratation (3 litres/jour x 1 à 2 jours avant l'administration de l'obinutuzumab)
- administrer l'allopurinol (≥ 300 mg/jour à débiter 12-24 h AVANT le 1^{er} traitement)

Patient avec comorbidité cardiaque et/ou pulmonaire

- assurer un monitoring accru pendant et après la première perfusion

Sérologies Hépatite B et C : ☐ négatives le ____ / ____ / ____

aa / mm / jj

Durée approximative : **6 h** (cycle 1, jours 1 et 2)
4 h (traitements suivants)

Hospitalisé ☐

Externe ☐

Fréquence d'administration :

- ☐ Cycle 1 : jours 1, 2, 8 et 15 suivi de
- ☐ Cycles 2 - 6 : jour 1 q 4 sem.

A. PRÉMÉDICATION

- **Poursuivre toute médication habituelle le matin du traitement sauf** : _____
(Suspendre les anti-hypertenseurs 12 h avant le traitement et jusqu'à 1 h après la fin du traitement pour tous les cycles à moins d'avis contraire du médecin).
- **Atasol® 975 mg PO** 60 min avant l'obinutuzumab (Gazyva®).

Cycle 1 Jour 1 et Jour 2 :

- **Benadryl® 50 mg IV** en 15 min, 30 min avant l'obinutuzumab (Gazyva®).
- **Decadron® 20 mg IV** en 15 min, **60 min** avant l'obinutuzumab (Gazyva®).

Cycle 1 Jour 8 et perfusions suivantes :

- ☐ **Decadron® 20 mg IV** en 15 min, **60 min** avant l'obinutuzumab (Gazyva®)
(**obligatoire** si lymphocytes $> 25 \times 10^9/L$ ou réaction liée à la perfusion grade 3 à la perfusion précédente).
- ☐ **Benadryl® 50 mg IV** en 15 min, 30 min avant l'obinutuzumab (Gazyva®).
(Si réaction liée à la perfusion grade 1 ou plus à la perfusion précédente)

B. IMMUNOTHÉRAPIE

PERFUSION LENTE (débit croissant par palier)

Cycle # 1 Jour 1 à débiter le : _____

- Obinutuzumab (Gazyva®) 100 mg dans 250 ml NaCl 0,9 % IV à 63 ml/h (en 4 h)

Date/heure : _____ Infirmière : _____

Cycle # 1 Jour 2 à débiter le : _____

- Obinutuzumab (Gazyva®) 900 mg dans 250 ml NaCl 0,9 % IV à :

50 mg/h → 14 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

100 mg/h → 28 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

150 mg/h → 42 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

200 mg/h → 56 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

250 mg/h → 70 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

300 mg/h → 84 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

350 mg/h → 98 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

400 mg/h → 112 ml/h X jusqu'à la fin de la perfusion.

Date/heure : _____ Infirmière : _____

Cycle # 1 : Jours 8 et 15 et cycles # 2 à 6 : Jour 1

Cycle : _____ Jour _____ à débiter le : _____

- Obinutuzumab (Gazyva®) 1000 mg dans 250 ml NaCl 0,9 % IV à :

100 mg/h → 25 ml/h X 60 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

200 mg/h → 50 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

300 mg/h → 75 ml/h X 30 min Date/heure : _____ Infirmière : _____

400 mg/h → 100 ml/h X jusqu'à la fin de la perfusion

Date/heure : _____ Infirmière : _____

C. SURVEILLANCE INFIRMIÈRE

- **Garder au chevet :** une fiole de Benadryl®, de Decadron® et une ampoule d'adrénaline 1 : 1 000 (1 mg/ml) pendant l'administration d'obinutuzumab (Gazyva®).
- T.A., pouls, R.R. et T° aux 15 minutes X 4 fois. Si stables, surveiller aux heures par la suite.
- **Si réaction liée à la perfusion :** fièvre, frissons transitoires, rhinite ou congestion des muqueuses, œdème ou ↓ T.A. > 30 mmHg :
Arrêter la perfusion et 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 le(la) patient(e) sous observation** pendant deux heures après la fin du premier traitement et une heure lors des traitements subséquents s'il y a pas eu réaction au premier traitement.

D. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

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

E. AUTRES

- Zylprim® _____ mg PO ID x _____ semaines.
- ☐ Neupogen® _____ mcg SC id X _____ jours, à débiter au Jour _____.

Médecin

Pharmacien

Date