

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

Pharmacie - Clinique d'hémo-oncologie - Rimouski

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

PEMETREXED

- Traitement 2^o intention du cancer du poumon non à petites cellules non épidermoïde, avancé ou métastatique
- Traitement d'entretien du cancer du poumon non à petites cellules non épidermoïde avancé ou métastatique (après 4 cycles d'un protocole à base de platine sans pemetrexed)

Durée approximative : **0,25 h**

Hospitalisé

Externe

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

Cycle : _____ à débuter le : _____

Surface corporelle : _____ m²

A. MÉDICATION DE SUPPORT

1. **Suppléments vitaminiques** (à débuter au moins 5 jours avant le cycle 1)

- **Acide folique** (Folvite[®]) 1 mg PO id. (*poursuivre id pendant tous les tx et cesser 3 sem. après le dernier tx*)
- **Vitamine B12** 1 000 µg IM q 9 sem. (*poursuivre q 9 sem. pendant tous les tx et cesser 3 sem. après le dernier tx*)

2. **Corticothérapie prophylactique** (contre l'érythème et le prurit cutané)

Jour -1, la veille de la chimiothérapie, le _____ et

Jours 1 et 2 du cycle, les _____ et _____

- **Dexaméthasone** (Decadron[®]) 4 mg PO bid (déjeuner et souper) X 3 jours.

B. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- **AUCUN** traitement antiémétique n'est requis **D'EMBLÉE**.

C. CHIMIOTHÉRAPIE

- **Pemetrexed** (Alimta[®]) _____ mg (500 mg/m²) dans 100 ml NaCl 0,9 % IV à 600 ml/h (en 10 min).

Modification recommandée selon la fonction rénale

Clairance de la créatinine	Dose
< 45 ml/min	Omettre

Suite au verso...

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 qid, soit ½ h à 1 h ac et hs.

E. AUTRES

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

SIGNATURE MÉDECIN : _____ DATE : _____

SIGNATURE PHARMACIEN : _____ DATE : _____