

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

Pharmacie – Clinique d’hémato-oncologie - Rimouski

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

ROMIDEPSINE

Traitement du lymphome T périphérique réfractaire ou récidivant chez les patients non admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétique

PRÉCAUTIONS :

Des changements transitoires à l’ECG ont été rapportés dont l’allongement de l’intervalle QTc, des changements au segment ST et une onde T. La signification clinique de ces changements est incertaine.

Recommandations :

- Obtenir un ECG de base avant de débiter le traitement
- Répéter un ECG périodiquement chez les patients à risque (maladie cardiovasculaire significative)
- Corriger les désordres électrolytiques (hypokaliémie, hypomagnésémie)
- Éviter autant que possible les médicaments connus pour allonger l’intervalle QTc

Durée approximative : **4,5 h**

Hospitalisé

Externe

Fréquence d’administration : q4sem. (jour 1, 8 et 15)

Cycle : _____ Sem. : _____ à débiter le : _____

Surface corporelle : _____ m²

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

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

Ativan[®] _____ mg SL avant la chimiothérapie (Jour 1)

B. CHIMIOTHÉRAPIE

Sem. : _____ à débiter le : _____

- **Romidepsine** (Istodax[®]) _____ mg (14 mg/m²) dans 500 ml de NaCl 0,9 % IV (en 4 h).

B. CHIMIOTHÉRAPIE (suite)

Sem. : _____ à débiter le : _____

- Romidepsine (Istodax®) _____ mg (14 mg/m²) dans 500 ml de NaCl 0,9 % IV (en 4 h).

Sem. : _____ à débiter le : _____

- Romidepsine (Istodax®) _____ mg (14 mg/m²) dans 500 ml de NaCl 0,9 % IV (en 4 h).

C. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

- Stemetil® 10 à 20 mg PO ou IR q 4-6 h si nausées ou vomissements. (Maximum 40 mg par jour)

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

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 _____.

D. AUTRES

Zylprim® 300 mg PO id X _____ mois.

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

SIGNATURE MÉDECIN : _____ DATE : _____

SIGNATURE PHARMACIEN : _____ DATE : _____