



HO0740.151

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE - RTOG 9704 - GEMCITABINE - FLUOROURACILE (perf. IV + RT)

Pharmacie - Clinique d'hémato-oncologie

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

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

RTOG 9704 : avec Gemcitabine – 5-Fluorouracile (perf. IV cont. + RT)

(Traitement **adjuvant** du cancer du pancréas)

Préradiothérapie : X 3 sem. (Sem. 1 à 3) - **Per-radiothérapie** : X 6 sem. (Sem. 4 à 9) - **Postradiothérapie** : X 12 sem. (Sem. 10 à 21)

Durée approximative : **0,5 h (gemcitabine)**

7 jours/7 jours (168 h / infuseur 5-FU)

Hospitalisé

Externe

Fréquence d'administration : **q 1 sem. X 21 sem**

Surface corporelle : _____ m²

Dépistage de la mutation DPYD*2A Date : _____ Négatif

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

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

B. CHIMIOTHÉRAPIE

1. PRÉRADIOTHÉRAPIE X 3 sem. (Sem. 1 à 3) (à débiter 3-8 sem. postchirurgie)

- **Gemcitabine** (Gemzar®) (1 000 mg/m²) dans 250 ml NaCl 0,9 % IV à 500 ml/h (en 0,5 h).

Sem. 1, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 2, le : _____ Dose : _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 3, le : _____ Dose : _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

2. PER-RADIOTHÉRAPIE X 6 sem. (Sem. 4 à 9) (à débiter 1-2 sem. postchimio préradiothérapie, et à 13 sem. max. postchirurgie)

* **ORDONNANCE DE DÉPART valide pour 6 semaines, soit pendant toute la durée du traitement.**

Sem. 4 à 9, à débiter le : _____.

- **5-Fluorouracile** _____ mg (250 mg/m²/j X 7 jours) ad 255 ml D5 % en perfusion IV continue à 1,5 ml/h (via infuseur LV 1,5) pendant 7 jours sur 7 (en 168 h).

En prévention des mucosites et de l'altération du goût : à domicile, croquettes de glace « ice chips » X 10 min qid et répéter au besoin.

En prévention du larmoiement : à domicile, application de glace sur les paupières X 10 min qid et répéter au besoin.

Sem. 4, le : _____ Dose: _____ mg / Pharm. : _____ Infirmière : _____

Sem. 5, le : _____ Dose: _____ mg / Pharm. : _____ Infirmière : _____

B. CHIMIOTHÉRAPIE (suite)

Sem. 6, le : _____ Dose: _____ mg / Pharm : _____ Infirmière : _____

Sem. 7, le : _____ Dose: _____ mg / Pharm : _____ Infirmière : _____

Sem. 8, le : _____ Dose: _____ mg / Pharm : _____ Infirmière : _____

Sem. 9, le : _____ Dose: _____ mg / Pharm : _____ Infirmière : _____

3. POSTRADIOTHÉRAPIE X 12 sem. (Sem. 10 à 21) (à débiter 3-5 sem. post chimio-radiothérapie concomitante)

- **Gemcitabine** (Gemzar®) (1 000 mg/m²) dans 250 ml NaCl 0,9 % IV à 500 ml/h (en 0,5 h).

Sem. 10, le _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 11, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 12, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 13 : pause

Sem. 14, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 15, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 16, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 17 : pause

Sem. 18, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 19, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 20, le : _____ Dose: _____ mg / Médecin : _____ Pharm. : _____

Sem. 21 : pause

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).

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

SIGNATURE MÉDECIN : _____ DATE : _____

SIGNATURE PHARMACIEN : _____ DATE : _____