



**PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE – TÉMOZOLOMIDE – EN
TRAITEMENT SÉQUENTIEL OU PALLIATIF**

Poids réel : _____ kg Poids maigre : _____ kg Poids dosage : _____ kg Taille : _____ cm

Surface corporelle : _____ m² Diagnostic : _____

Allergies et intolérances : _____

**PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE
TÉMOZOLOMIDE en traitement séquentiel ou palliatif**

INDICATION

- Traitement adjuvant post RT: Glioblastome multiforme (astrocytome de grade 4)
- Traitement palliatif: Astrocytome de grade 3 (anaplasique) ou glioblastome multiforme (astrocytome de grade 4)

FRÉQUENCE D'ADMINISTRATION :

- Cycle de 4 semaines (Jours 1 à 5)
- Si traitement adjuvant : débiter 4 semaines post RT X 6 cycles

PRÉMÉDICATION

Antiémétiques pré chimiothérapie

- Prochlorpérazine (**Stémétil^{MC}**) 10 à 20 mg PO ou IR ½ h à 1 h avant le Témzolomide (Jours 1 à 5)
- Granisétron (**Kytril^{MC}**) 1 mg PO ½ h à 1 h avant le Témzolomide (Jours 1 à 5)

PRÉCAUTION

Sérologie Hépatite B : négative le : _____

CHIMIOTHÉRAPIE

Cycle : _____ du Jour 1 le : _____ au Jour 5 le : _____

- Témzolomide (**Témodal^{MC}**) _____ mg PO die hs X 5 jours. Prendre à jeun 2 h après un repas.

(Concentrations disponibles : capsules de 5 mg, 20 mg, 100 mg, 140 mg, 180 mg et 250 mg)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 150 mg/m ² (Cycle 1) | <input type="checkbox"/> Tx adjuvant post RT (et Cycles 2 à 6 si présence de toxicité hématologique au Cycle 1)
<input type="checkbox"/> Tx palliatif si autre protocole de chimiothérapie reçu précédemment |
| <input type="checkbox"/> 200 mg/m ² | <input type="checkbox"/> Tx adjuvant post RT (Cycles 2 à 6 si absence de toxicité hématologique au Cycle 1 à 150 mg/m ²)
<input type="checkbox"/> Tx palliatif (Cycles 2 et suivants si autre protocole de chimiothérapie reçu précédemment et si absence de toxicité hématologique au Cycle 1 à 150 mg/m ²)
<input type="checkbox"/> Tx palliatif (Cycle 1 et suivants si aucun autre protocole de chimiothérapie reçu précédemment) |

Nom et prénom :

No de dossier

ANTIÉMÉTIQUES POST CHIMIOTHÉRAPIE

- Prochlorpérazine (**Stémétil^{MC}**) 10 à 20 mg PO ou IR q 4 à 6 h si nausées ou vomissements. (Maximum : 40 mg par jour)

Dimenhydrinate (**Gravol^{MC}**) 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements

Granisétron (**Kytril^{MC}**) 1 mg PO q 24 h X _____ jours à débiter au Jour _____

AUTRES

Bactrim DS^{MC} 1 co PO die 3 fois par semaine soit le lundi, le mercredi et le vendredi.

Filgrastim (**Neupogen^{MC}**) _____ mcg SC die X _____ jours, à débiter au Jour _____

SIGNATURE MÉDECIN : _____ DATE (A-M-J) : _____

SIGNATURE PHARMACIEN : _____ DATE (A-M-J) : _____