

Nivolumab

Vérifier le colis : état, scellés et température
Contrôle du matériel et des médicaments de
prémédication
Contrôle des kits d'urgence/allergie/exposition
Identito-vigilance

- 1) Modalités de conservation : selon les données de l'étiquette de la préparation
- 2) Critères OK IDEL à domicile le jour de l'administration : constantes et température

- 3) Modalités de manipulation avant administration

Vérifier l'aspect de la préparation : solution claire à opalescente, incolore pouvant contenir quelques particules légères.

- 4) Modalités d'administration et surveillance*

Administration avec un filtre stérile de 0,2 à 1,2 µm.

Perfusion IV de 30 mn pour la dose de 240 mg et 1h pour la dose de 480 mg.

Surveillance de l'apparition de réactions liées à la perfusion : température, pouls, tension, apparition d'un œdème

*RCP

Nivolumab

Recueil des toxicités entre les cycles et critères de validation :

• Pneumopathie	De type dyspnée, toux, hypoxie <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence : <input type="checkbox"/> Grade 2 -> Suspension <input type="checkbox"/> Grade 3 ou 4 -> Arrêt			
• Colite/diarrhées	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade ≥ 2 Grade 2 : 4 à 6 selles liquides par jour de plus qu'avant le début de traitement Grade 3 : ≥ 7 selles liquides par jour de plus qu'avant le début de traitement Sang ou mucus dans les selles <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			
• Effets cutanés	De type éruption : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade ≥ 3 Syndrome de Stevens-Johnson ou de Lyell : <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			
• Endocrinopathie	De type hypothyroïdie (prise de poids, constipation, fatigue...) ou hyperthyroïdie (perte de poids, irritabilité, insomnie...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade 2 ou 3 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec grade 4 -> Arrêt	De type hypophysite (maux de tête, vision double...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade 2 ou 3 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec grade 4 -> Arrêt	De type insuffisance surrénalienne (hypotension, nausées, hyponatrémie, hyperkaliémie...) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade 2 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec grade 3 ou 4 -> Arrêt	De type diabète (hyperglycémie, polyurie, polydipsie) <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence avec grade 3 -> Suspension <input type="checkbox"/> Présence avec grade 4 -> Arrêt
• Myocardite	Douleur thoracique, palpitations ...*Ameli <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence <input type="checkbox"/> Grade 2 -> Suspension <input type="checkbox"/> Grade 3 ou 4 -> Arrêt			
• Autres effets indésirables origine immunologique	A préciser : <input type="checkbox"/> Grade 3, première apparition -> Suspension <input type="checkbox"/> Grade 3 récidivant ou grade 4 -> Arrêt <input type="checkbox"/> Grade 2 ou 3 persistant malgré une modification de ttt ; impossibilité de réduire la dose de corticoïdes à 10 mg/j prednisone ou équivalent -> Arrêt			

Données cliniques :

Score OMS < 3 et stable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OMS :	Température < 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids kg			TA ≤ 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte de poids < 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Si un « Non » est coché : contacter le médecin prescripteur hospitalier référent

OK clinique :

Bilan biologique et critères de validation :

• Créatinine ≤ 2 fois la valeur de base	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• ASAT ou ALAT ≤ 3 LNS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Bilirubine ≤ 1.5 LNS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si un « Non » est coché : contacter le médecin prescripteur hospitalier référent

OK biologique :

Accord pour l'administration de la chimiothérapie Oui Non

(A remplir si non accès au logiciel de chimiothérapie)

Nom et signature :