

## Rituximab SC (Mabthera®)

### 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) Avant administration :

→ Liquide limpide à opalescent, incolore à jaunâtre

→ Laisser à température ambiante plusieurs minutes avant injection

### 4) Modalités d'administration et surveillance (selon RCP) :

→ Prémédication impérative : (paracétamol, antiH1, +/- corticoïde) : selon prescription médicale

→ Par voie SC dans la paroi abdominale exclusivement, pendant environ 5 mn, et jamais dans des zones cutanées présentant une rougeur, un hématome, une douleur à la palpation, une induration ni dans les zones présentant des grains de beauté ou des cicatrices.

→ L'aiguille doit être fixée à la seringue immédiatement avant l'administration afin d'éviter une obturation éventuelle de l'aiguille.

→ Les autres médicaments pour administration SC devront préférentiellement être injectés dans d'autres endroits.

→ Si une injection est interrompue, elle peut être reprise au même endroit ou une autre localisation peut également être utilisée le cas échéant.

→ Surveillance (température, tension, pouls, apparition de frissons, rigidité, tremblements, hypotension, urticaire, œdème de Quincke, dyspnée, hypoxie bronchospasme) **pendant l'administration et au moins 15 minutes après**, une période plus longue peut être appropriée chez les patients exposés à un risque majoré de réactions d'hypersensibilité.

### A contrôler :

- Colis : état général, scellés et température
- Matériel et médicaments de prémédication
- Kits d'urgence/allergie/exposition
- Identito-vigilance

***Mabthera® doit être administré sous étroit contrôle d'un professionnel de santé expérimenté et dans un environnement où l'ensemble des moyens de réanimation sont immédiatement disponibles***

# Rituximab SC

## ➤ Recueil des toxicités entre les cycles et critères de validation :

• Réactions liées à l'administration	De type douleur, gonflement, rougeur, érythème, hémorragie, prurit, induration, éruption cutanée : Sévères (syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson) :	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence <input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> T° > 40°C pendant moins de 24 h	<input type="checkbox"/> T° comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> T° > 40°C pendant plus de 24 h	<input type="checkbox"/> T° comprise entre 39°C et 40°C	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Réaction allergique	Difficultés respiratoires, gonflement de la langue ou de la gorge, vomissements ou palpitations <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Symptômes évocateurs d'une LeucoEncéphalite Multifocale Progressive	Symptômes cognitifs, neurologiques ou psychiatriques <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			<input type="checkbox"/> examen prescrit
• Troubles cardiaques	De type angine de poitrine, d'arythmie, d'insuffisance cardiaque et/ou d'infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence			
• Autre				

## ➤ Données cliniques :

Score OMS < 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Température < 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids kg Perte de poids < 10%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	TA ≤ 150/100 mmHg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sévère évolutive (tuberculose, septicémie, infection opportuniste)	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence		
Autre :			

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

OK clinique :

## ➤ Bilan biologique et critères de validation :

PNN ≥ 1,5 x 10 <sup>9</sup> /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plaquettes ≥ 75 x 10 <sup>9</sup> /L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sérologie initiale VHB	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative
Si sérologie positive, surveillance des signes de réactivation et nouvelle administration si réactivation correctement contrôlée	

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

OK biologique :

**Accord pour l'administration de la chimiothérapie**

 Oui

 Non

**Nom et signature :**

(A remplir si non accès au logiciel de chimiothérapie)