

Trastuzumab/Pertuzumab SC (Phesgo®)

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 :

→ Solution limpide à opalescente, incolore à légèrement brunâtre. Vérifier l'absence de particules avant l'administration. Ne pas administrer en cas de de particules

→ Laisser à température ambiante plusieurs minutes avant injection

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

→ L'aiguille pour SC (calibre compris entre 25G et 27G) doit être fixée à la seringue immédiatement avant l'administration suivie par l'ajustement du volume

→ Injection par voie SC pendant 5 minutes

→ Le site d'injection doit être alterné entre la cuisse gauche et la cuisse droite uniquement

→ Les nouvelles injections doivent être réalisées à au moins 2,5 cm de l'ancien site sur une peau saine et jamais à des endroits où la peau est rouge, ecchymosée, sensible ou dure

→ Si d'autres médicaments pour administration SC sont utilisés pendant le traitement, un site d'injection différent doit être utilisé

→ Surveillance pendant 15 mn : réactions liées à l'injection : elles peuvent être légères ou plus sévères et inclure une sensation de malaise, de la fièvre, des frissons, une sensation de fatigue, des maux de tête, une perte d'appétit, des douleurs articulaires et musculaires et des bouffées de chaleur

→ La vitesse d'injection doit être diminuée ou l'administration doit être interrompue si le patient développe des symptômes liés à l'injection

« Pour une administration en dehors d'un cadre hospitalier, les traitements appropriés pour la prise en charge des réactions d'hypersensibilité, conformément à la pratique clinique locale standard (selon la sévérité et le type de réaction, par exemple, l'épinéphrine, les bêta-agonistes, les antihistaminiques et les corticostéroïdes), doivent être disponibles pour une utilisation immédiate (RCP 2025) ».

IAIVQ : interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne

IAVQ : interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

A contrôler :

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

Trastuzumab/Pertuzumab SC (Phesgo®)

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

• Réactions locales au point d'injection	Douleur, érythème : ☐ Absence ☐ Présence	☐ ttt prescrit
• Fièvre ou épisode infectieux	☐ Absence ☐ T° comprise entre 38°C et 39°C ☐ T° comprise entre 39°C et 40°C ☐ T° > 40°C pendant moins de 24 h ☐ T° > 40°C pendant plus de 24 h	☐ ttt prescrit
• Signes d'insuffisance cardiaque congestive	Difficultés respiratoires, œdèmes, palpitations ☐ Absence ☐ G2 : symptomatique lors d'un effort léger (iAVQ) ☐ G3 : symptomatique au repos (iAVQ)	☐ ttt prescrit
• Signes d'insuffisance pulmonaire	☐ Absence ☐ G2 : essoufflement lors d'un effort minime (iAVQ) ☐ G3 : essoufflement au repos (iAVQ)	☐ ttt prescrit
• Diarrhée	☐ Absence ☐ G1 : ≤ 4 selles liquides/j de + qu'avant début ttt ☐ G2 : 4 à 6 selles liquides/j de + qu'avant début ttt ☐ G3 : ≥ 7 selles liquides/j de + qu'avant début de ttt	☐ ttt prescrit
• Eruption cutanée	☐ Absence ☐ G2 : couvre 10 à 30% de la SC ☐ G3 : couvre > 30% de la SC	☐ ttt prescrit
• Myalgie, arthralgie, extrémités douloureuses	☐ Absence ☐ G2 : douleur modérée, iAVQ ☐ G3 : douleur sévère, iAVQ	

➤ Données cliniques :

Score OMS < 2	☐ Oui ☐ Non
Poids kg	
Perte de poids < 10%	☐ Oui ☐ Non
Température < 38°C	☐ Oui ☐ Non
FEVG (tous les 3 mois) : Valeur :	
• Diminution par rapport aux valeurs initiales : points	
TA ≤ 150/100 mmHg	☐ Oui ☐ Non
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 ⁹ /L	☐ Oui ☐ Non
Plaquettes ≥ 100 x 10 ⁹ /L	☐ Oui ☐ Non
Hb ≥ 9g/dL	☐ Oui ☐ Non

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)