

ORDONNANCE COLLECTIVE

| | | |
|--|--------------------|----------------------------|
| Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées | Page 1 de 9 | OC-2017-04 |
| Référence à un protocole : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | | |
| Référence à un guide thérapeutique : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Titre : Usage optimal des antiémétiques associés à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées – Guide d'utilisation du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal | | |
| Référence à une méthode de soins informatisée du CESS : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | | |
| Date de mise en vigueur : 2017-09-05 | | Date de révision : 2020-09 |

Professionnels visés

Pharmaciens exerçant en oncologie ou en hématologie-oncologie au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Activité(s) réservée(s)

- Initier et ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.
- Surveiller la thérapie médicamenteuse.

Programme(s)/Centre(s) d'activités

Service d'hématologie-oncologie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Groupe(s) de personnes ou situation(s) clinique(s) visée(s)

Les usagers externes et hospitalisés fréquentant les services d'hématologie-oncologie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et recevant un traitement de chimiothérapie ou une thérapie ciblée.

Indication(s) et condition(s) d'initiation :

- L'ordonnance s'applique à tout traitement de chimiothérapie ou de thérapie ciblée prescrits par un hémato-oncologue ou un chirurgien-oncologue du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, qu'il s'agisse d'une nouvelle thérapie ou d'une poursuite de traitement;
- Les usagers doivent être suivis par un hémato-oncologue ou un chirurgien-oncologue du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal;
- Pour l'ajustement immédiat de la thérapie antiémétique (thérapie antiémétique en cours au moment de l'ajustement) les usagers doivent avoir reçu un traitement de chimiothérapie ou thérapie ciblée depuis moins d'une semaine.

Intention(s) thérapeutique(s) :

- Prévenir et traiter efficacement les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie ainsi que les erreurs médicamenteuses associées à la thérapie antiémétique;
- Réduire la morbidité associée à des nausées mal contrôlées.

Contre-indication(s) :

- Protocoles de chimiothérapie pour greffe de moelle osseuse;
- Usager présentant une contre-indication absolue à l'un des médicaments antiémétiques suggéré par le guide d'utilisation;
- Nausées ou vomissements induits par la radiothérapie.

Limite(s)/Orientation vers le médecin :

- Présence de nausées ou vomissements anticipatoires;
- Signes de déshydratation importante (voir l'annexe 1 du Guide thérapeutique – Usage optimal des antiémétiques associées à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées);
- Nausées et vomissements de grade 3 ou 4 sur l'échelle de mesure CTCAE v4.0 (voir l'annexe 2 du Guide thérapeutique – Usage optimal des antiémétiques associées à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées);
- Nausées ou vomissements réfractaires pour lesquels l'utilisation d'un antipsychotique tel l'olanzapine ou l'halopéridol serait à considérer (voir la page 8 du Guide thérapeutique – Usage optimal des antiémétiques associées à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées).

Directive(s)/Référence aux outils cliniques :**Pour tous les usagers :**

- Déterminer la thérapie antiémétique nécessaire selon le niveau émétisant de la chimiothérapie ou thérapie ciblée en se référant aux lignes directrices (CEPO, ASCO, ESMO et MASCC) et au Guide d'utilisation du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal adapté de ces lignes directrices;
- Évaluer la présence de facteurs de risques de nausées/vomissements chez l'usager;
- Évaluer l'efficacité et la toxicité des thérapies antiémétiques antérieures utilisées, si pertinent;
- Évaluer la présence de contre-indication absolue ou relative à l'un des médicaments antiémétiques suggéré par la situation clinique;
- Vérifier la présence d'interactions médicamenteuses.

- Rédiger et individualiser l'ordonnance au nom du pharmacien et du médecin traitant à l'aide du formulaire de liaison « Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées – Antiémétiques à administrer **avant** le traitement » (Annexe 1);
- Remettre à l'usager les conseils sur l'usage approprié de la thérapie antiémétique;
- En présence de nausées, évaluer le grade sur l'échelle de mesure CTCAE v4.0 (Guide d'utilisation du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, Annexe 2) et référer au médecin traitant si nécessaire;
- En présence de nausées ou vomissements, évaluer la présence de signes et symptômes de déshydratation importante (Guide d'utilisation du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, Annexe 1) et référer au médecin traitant si nécessaire.

Pour un usager externe :

- Rédiger et individualiser l'ordonnance au nom du pharmacien et du médecin traitant à l'aide du **formulaire de liaison destiné à la pharmacie communautaire** de l'usager (Annexe 3);
- Remettre une copie du formulaire de liaison destiné à la pharmacie communautaire de l'usager aux infirmières ainsi que la copie originale du formulaire « Antiémétiques à administrer **avant** le traitement » (Annexe 1);
- Remettre la copie originale du **formulaire de liaison destiné à la pharmacie communautaire** à l'usager;
- Conserver une copie numérique des documents à la pharmacie d'oncologie (Numerex);
- Vérifier la présence de nausées et de vomissements chez ce dernier et ajuster la thérapie antiémétique en conséquence à la demande de l'hémato-oncologue, de l'infirmier (ère) ou de l'usager.

Pour un usager hospitalisé :

- Rédiger et individualiser l'ordonnance au nom du pharmacien et du médecin traitant à l'aide du formulaire de liaison « Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées – Antiémétiques à administrer **après** le traitement » (Annexe 2);
- Vérifier la présence de nausées et de vomissements chez l'usager et ajuster la thérapie antiémétique en conséquence.

Documentation au dossier

Pour un usager externe :

Le pharmacien conserve une copie de du formulaire « Antiémétiques à administrer **avant** le traitement » (Annexe 1) ainsi que du formulaire de liaison **destiné à la pharmacie communautaire** (Annexe 3) à la pharmacie d'oncologie ainsi qu'au dossier médical de l'usager. Il remet l'original du formulaire « Antiémétiques à administrer **avant** le traitement » (Annexe 1) aux infirmières ainsi qu'une copie du formulaire de liaison **destiné à la pharmacie communautaire** (Annexe 3). Enfin, il remet la copie originale du formulaire de liaison **destiné à la pharmacie communautaire** (Annexe 3) à l'usager. Il documente ses interventions au dossier pharmacologique de l'usager.

Pour un usager hospitalisé :

Le pharmacien dépose au dossier médical dans la section « ordonnances médicales » les copies originales des formulaires « Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées – Antiémétiques à administrer **avant** le traitement – Antiémétiques à administrer **après** le traitement » (Annexes 1 et 2) et documente ses interventions dans la section « notes d'évolution » du dossier médical.

Médecin répondant

Le médecin répondant est l'héματο-oncologue ou chirurgien-oncologue de l'utilisateur ou si non disponible, l'héματο-oncologue de garde.

Référence(s)/Source(s) :

Voir section référence du guide thérapeutique intitulé : Usage optimal des antiémétiques associés à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées - Guide d'utilisation du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Institute for Safe Medication Practices. FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Names with Recommended Tall Man Letters. 2016, <https://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf>.

Processus d'élaboration et d'approbation

Rédigée par :

Meggie Thuot, pharmacienne 2016-10-07

Personnes ayant collaboré à la rédaction :

L'équipe des pharmaciens en oncologie, HSCM 2016-10-07


Dre Inès Chamakhi, hémato-oncologue 2016-10-07

Recommandée par :

Comité des ordonnances et protocoles 2017-05-25
Date

Comité de pharmacologie 2017-07-14
Date

Approuvée par :


Lyne Constantineau, 2017-08-01
Chef du Département de pharmacie Date


Dre Kim Boutet, 2017-09-05
Présidente du CMDP Date

Date de révision prévue : 2020-09

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Annexe 1



CNM23038

**FORMULAIRE DE LIAISON
OC-2017-04 : Initiation ou ajustement de la
thérapie antiémétique associée à la
chimiothérapie et aux thérapies ciblées
AVANT le traitement**

| | | |
|------------------|-----|------|
| No dossier | | |
| Nom | | |
| Prénom | | |
| DDN | NAM | Exp. |
| Classification : | | |

ALLERGIE : _____ TAILLE : _____ cm POIDS : __ kg

GROSSESSE ALLAITEMENT FCT HÉPATIQUE DIMINUÉE FCT RÉNALE DIMINUÉE AUTRE(S) : _____

Protocole de chimiothérapie : _____
Ordonnance valide du _____ au _____
à moins d'indication contraire (nouvelle ordonnance)

Initiation
 Ajustement Raison : _____

Pré-chimiothérapie soit 30 minutes avant si IV ou 45 minutes avant si PO ou IR

Au(x) jour(s) : _____

- Granisétron 1 mg IV
- Dexaméthasone _____ mg IV PO
- Aprepitant 125 mg PO
- Prochlorpérazine 10 mg PO
- Métoprololamide _____ mg IV PO
- Dimenhydrinate _____ mg IV PO IR

Autre : _____

Au(x) jour(s) : _____

- Granisétron 1 mg IV
- Dexaméthasone _____ mg IV PO
- Aprepitant 125 mg PO
- Prochlorpérazine 10 mg PO
- Métoprololamide _____ mg IV PO
- Dimenhydrinate _____ mg IV PO IR

Autre : _____

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------|--------|
| Prénom et nom du pharmacien | Signature du pharmacien | Permis |
| Prénom et nom du médecin prescripteur | | Permis |
| AAAA/MM/JJ | Heure | |

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Annexe 2



CNM23039

| | | |
|------------------|-----|------|
| No dossier | | |
| Nom | | |
| Prénom | | |
| DDN | NAM | Exp. |
| Classification : | | |

FORMULAIRE DE LIAISON

OC-2017-04 : Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées APRÈS le traitement

Usager hospitalisé

ALLERGIE : _____ TAILLE : _____ cm POIDS : _____ kg

GROSSESSE ALLAITEMENT FCT HÉPATIQUE DIMINUÉE FCT RÉNALE DIMINUÉE AUTRE(S) : _____

Au(x) jour(s) : _____ soit les _____ et _____

Dexaméthasone

4 mg PO bid x 48h 8 mg PO die x 72h

8 mg PO bid x 48h 8 mg PO die x 48h

Autre : _____

Au(x) jour(s) : _____ soit les _____ et _____

Aprépitant 80 mg PO die x 48h

Au(x) jour(s) : _____ soit les _____ et _____

Ondansétron

8 mg BID x _____ h PO IV

Autre : _____

Prochlorpérazine

10 mg PO q 4h prn 10 mg IR q 4h prn

Autre : _____

Métoclopramide

10 mg PO q 6h prn

_____ mg IV q 6h prn avec **DimenhyDRINATE** _____ IV q 6h prn

DimenhyDRINATE

50 mg PO q 6h prn

50 mg IR q 6h prn

Autre : _____

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------|--------|
| Prénom et nom du pharmacien | Signature du pharmacien | Permis |
| Prénom et nom du médecin prescripteur | | Permis |
| AAAA/MM/JJ | Heure | |

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Annexe 3



CNM23040

FORMULAIRE DE LIAISON

OC-2017-04 : Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées

DOCUMENT DESTINÉ À LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE DE L'USAGER

| | | |
|------------------|-----|------|
| No dossier | | |
| Nom | | |
| Prénom | | |
| DDN | NAM | Exp. |
| Classification : | | |

ALLERGIE : _____ TAILLÉ : _____ cm POIDS : __kg

GROSSESSE ALLAITEMENT FCT HÉPATIQUE DIMINUÉE FCT RÉNALE DIMINUÉE AUTRE(S) : _____

NOTES DU PHARMACIEN

J'ai procédé à l'évaluation de la thérapie antiémétique de la personne dont le nom figure ci-dessus. Elle est une candidate à « l'OC-2017-04 - Initiation ou l'ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées » par le pharmacien en oncologie. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente. Cette personne a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation des médicaments figurant sur l'ordonnance.

Antiémétiques à administrer **APRÈS** le traitement

Initiation

Ajustement Raison : _____

Dexaméthasone 4 mg/co Qté : ____co Ren : _____

4 mg PO bid x 48h 8 mg PO die x 72h 8 mg PO bid x 48h 8 mg PO die x 48h

Autre : _____

Au(x) jour(s) : _____

Aprépitant 80 mg /caps Qté : ____caps Ren : _____

80 mg PO die x 48h

Autre : _____

| | | | |
|---|------------------|----------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nom et prénom du médecin prescripteur | Numéro du permis | Numéro de tél | Installation |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Prénom et nom du professionnel | Numéro du permis | Numéro de tél | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| AAAA/MM/JJ | Heure | Signature du professionnel | |
| L'ordonnance collective en vigueur est disponible sur le site internet du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : http://ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/index.php?id=15522 | | | |

Annexe 3

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal



CNM23040

FORMULAIRE DE LIAISON

OC-2017-04 : Initiation ou ajustement de la thérapie antiémétique associée à la chimiothérapie et aux thérapies ciblées

DOCUMENT DESTINÉ À LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE DE L'USAGER

| | | |
|------------------|-----|------|
| No dossier | | |
| Nom | | |
| Prénom | | |
| DDN | NAM | Exp. |
| Classification : | | |

Au(x) jour(s) : _____

Ondansétron 8 mg/co Qté: _____ co Ren: _____

8 mg PO bid x _____ h

Prochlorperazine

10 mg/co 10 mg/supp Ren: _____

10 mg PO q 4h prn Qté: _____ co supp _____

10 mg IR q 4h prn

Autre : _____

Métoclopramide 10 mg/co Qté: _____ co Ren : _____

10 mg PO q 6h prn

Dimenhydrinate

50 mg/co 50 mg/supp Ren: _____

50 mg PO q 6h prn Qte: _____ co supp _____

50 mg IR q 6h prn

Autre : _____

Pour toutes questions relatives à l'ordonnance collective ou dans le cas d'un refus de la suggestion mentionnée ci-haut, veuillez communiquer avec le pharmacien de la clinique en composant le 514-338-2176 (HSCM) ou le 514-495-6767 poste 6404 (Hôpital Jean-Talon).

| | | | |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nom et prénom du médecin prescripteur | Numéro du permis | Numéro de tél | Installation |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Prénom et nom du professionnel | Numéro du permis | Numéro de tél | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| AAAA/MM/JJ | Heure | Signature du professionnel | |

L'ordonnance collective en vigueur est disponible sur le site internet du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : <http://ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca/index.php?id=15522>